



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



SIMPOSIOS

Es tiempo de cambio en la EPOC

Moderador: José Antonio Quintano Jiménez

Médico de Familia y Neumólogo, Centro de Salud Lucena I, Córdoba, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, Miembro del GRAP

GesEPOC como fruto de la Estrategia Nacional EPOC

Julio Ancochea Bermúdez

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

La Estrategia en EPOC del SNS ha cumplido 2 años de vida tras su aprobación por el Consejo Interterritorial celebrado en Mérida el 3 de junio de 2009. Toda una serie de razones justificaban la necesidad de poner en marcha una Estrategia Nacional: la alta prevalencia de una “enfermedad prevenible”, su grado de infradiagnóstico e infratratamiento, la morbilidad, comorbilidades, discapacidad y mortalidad asociadas a esta patología, así como el alto consumo de recursos que genera (tanto en costes directos, como indirectos e intangibles) y la necesidad de mejorar la gestión del proceso EPOC y la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales en el manejo integral de la enfermedad. A todo ello se une el requisito de garantizar los principios de accesibilidad, efectividad y equidad propios del SNS y que harán de éste uno de los mejores instrumentos para la cohesión social.

Todas las sociedades científicas implicadas, las asociaciones de pacientes y las administraciones central y periférica formaron una alianza para mejorar la asistencia, gestión, formación e investigación en EPOC.

A lo largo de estos 2 últimos años se han desarrollado diferentes actividades de sensibilización, difusión y comunicación, se han dotado partidas presupuestarias anuales para la financiación de proyectos de las comunidades autónomas relacionados con los objetivos de la Estrategia EPOC, se ha

impulsado decididamente la nueva Ley antitabaco y los planes de salud en EPOC autonómicos, se han desarrollado diversas acciones formativas y respaldado proyectos de investigación estratégicos como AUDIPOC Europa, y se han establecido las bases para el desarrollo y la acreditación de una gran Guía de Práctica Clínica en EPOC (GesEPOC), sustentada en el consenso y rigor científico, y que plantea un nuevo enfoque en el tratamiento de la EPOC.

GesEPOC cuenta con tres áreas de actuación: científico-médica (encargada de elaborar una normativa innovadora dirigida al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y sus diferentes fenotipos), área de pacientes (resaltando el papel activo y crucial del paciente y de sus cuidadores en el proceso asistencial) y un área de difusión-comunicación.

La Agencia de Calidad del SNS formalizó su compromiso con la mejora de la práctica clínica en el Plan de Calidad del año 2006, que se actualizó y amplió en 2007 con una línea estratégica cuyos objetivos apuestan por la elaboración, difusión e implementación de GPC. Estas guías deben ser el resultado de una labor de revisión, análisis y consenso, y ajustarse a una metodología rigurosa y transparente. Esta línea estratégica cuenta desde 2008 con la Biblioteca GuíaSalud de GPC en el SNS.

A propuesta de la Estrategia EPOC, una de las prioridades planteadas por la Agencia de Calidad del SNS para el año 2011 a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (en este caso, a través de la Agencia Láin Entralgo de la Comunidad de Madrid) es el apoyo institucional y metodológico a la Guía Española de la EPOC (GesEPOC).

GesEPOC será una GPC oficial y acreditada y formará parte de la Biblioteca GuíaSalud. Ello implicará también el apoyo institucional a la implementación de la guía, su amplia difusión y su revisión periódica en función del estado del arte y conceptos y desarrollos futuros.

La depresión con respuesta subóptima al primer tratamiento antidepresivo. ¿Qué puede hacer el médico de atención primaria?

Moderador: José Ángel Arbesú Prieto

Respuesta subóptima al tratamiento antidepresivo. ¿Qué puede hacer el médico de atención primaria?

José Ángel Arbesú Prieto

Médico de Familia, Centro de Salud de La Eria, Oviedo, España. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Las guías clínicas al uso recomiendan la utilización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como primera pauta de prescripción terapéutica por el médico de atención primaria. La elección en la prescripción de un determinado psicofármaco por el profesional médico atiende a los siguientes aspectos:

- Tratamientos efectivos en episodios depresivos anteriores del paciente o de algún familiar cercano.
- Sintomatología tanto psíquica como física del paciente.
- Efectos adversos del psicofármaco.
- Patologías físicas y psiquiátricas comórbidas.
- Interacciones con otros fármacos usados por el paciente.
- Experiencia del profesional con el psicofármaco.
- Riesgo de suicidio.
- Coste económico del fármaco en relación con otros de igual eficacia, seguridad y tolerabilidad.

La respuesta subóptima es aquella en la que el paciente ha respondido de forma parcial al tratamiento antidepresivo en las primeras 4-6 semanas de tratamiento, con una disminución de la puntuación total menor del 50% de las escalas de valoración como la Hamilton o Montgomery-Asberg Depression Rate Scale (MARDS).

Por tanto, el paciente ha mejorado en alguna sintomatología sin poder hablar de respuesta terapéutica. Ante esta situación clínica el médico de atención primaria dispone de varias estrategias terapéuticas, tal como se expone a continuación:

Optimización

Consiste en el aumento de la dosis del fármaco hasta las permitidas en ficha técnica, se recomienda valorar previamente los siguientes aspectos:

1. Realizar una reevaluación diagnóstica, indagando acerca de comorbilidad psiquiátrica que se estima en más de un 50% (trastorno de personalidad, distimia, depresión psicótica, trastorno bipolar...) o física (hipotiroidismo, enfermedades neurológicas...), consumo de sustancias (alcohol, tabaquismo...).
2. Verificar si la indicación terapéutica es la correcta atendiendo al subtipo de depresión que presenta el paciente.

3. Confirmar si la dosificación y el tiempo que lleva de tratamiento son correctos.
4. Valorar el cumplimiento terapéutico del paciente; se podrían realizar análisis de concentración plasmática del fármaco.

Añadir quetiapina de liberación prolongada (quetiapina LP)

La European Medicines Agency (EMA) aprueba en agosto de 2010 la indicación de quetiapina LP para depresión mayor como tratamiento añadido en todos aquellos pacientes que presenten una respuesta subóptima a la monoterapia con antidepresivos.

Quetiapina liberación prolongada mejora la transmisión serotoninérgica mediante su afinidad con los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A}, de forma predominante en el cortex prefrontal; la mejoría en transmisión dopaminérgica se explica por antagonismo con el receptor 5-HT_{2A}. En estudios animales la administración de quetiapina se asocia con aumento de la concentración de noradrenalina (consecuencia del efecto de la norquetiapina, metabolito de la quetiapina, sobre el transportador de noradrenalina).

Se sabe que el tiempo de respuesta varía entre 2 y 8 semanas para el tratamiento de la depresión con los fármacos antidepresivos. En los estudios realizados con quetiapina LP se acorta este tiempo de respuesta, que comienza entre el día 4 y 7 de tratamiento, lo que mejora la adherencia al tratamiento con el consiguiente beneficio de evitación de recaídas y recurrencias.

Los efectos adversos más comúnmente observados a dosis de 150-300 mg/día fueron sequedad bucal, sedación, cefalea y somnolencia con una intensidad leve a moderada; los efectos adversos graves fueron infrecuentes.

El tratamiento con quetiapina LP es generalmente bien tolerado aunque puede producir alteraciones metabólicas lipídicas y aumento leve a moderado de peso que no suelen llevar al abandono del tratamiento.

Cambio/sustitución por otro antidepresivo

Existen pocos datos con estudios controlados y no hay datos concluyentes sobre la conveniencia de realizar el cambio a un antidepresivo de la misma clase o a otro de clase diferente. Se recomienda cambiar a otro de diferente clase si dos de la misma clase no han sido eficaces.

En los estudios realizados al respecto la tasa de respuesta es de aproximadamente un 50%. La acción de antidepresivos que actúan sobre dos neurotransmisores (duales) es superior a la de los que actúan sobre un solo neurotransmisor.

La combinación de antidepresivos cuyos mecanismos de acción son complementarios (sinérgicos), aunque se dispone de pocos estudios controlados en la práctica clínica habitual, es la opción más utilizada en la depresión resistente. La tasa de respuesta es de un 60% y las combinaciones de fármacos suelen ser bien toleradas.

Potenciación: sin variar el tratamiento antidepresivo del paciente, potenciar con sustancias sin actividad antidepresiva propia. Se considera una buena opción para pacientes que han obtenido una respuesta parcial al tratamiento.

Las estrategias de potenciación con más evidencia científica son:

1. Sales de litio. Es la estrategia más documentada y actúa reforzando pre y postsinápticamente el sistema de la serotonina. Se estima que su eficacia es de un 40-60% de los casos.
2. Triyodotironina (T3). Puede disminuir la función de la hormona tiroidea intracelular y/o suprimir los niveles de liberación de la hormona tirotrópica en el cerebro. Los efectos adversos más frecuentes son el nerviosismo y el insomnio.
3. Antipsicóticos atípicos. Es una combinación segura y bien tolerada, estando indicada en pacientes con síntomas de hiperactivación de la depresión como insomnio, ansiedad, agitación y pérdida de peso. El uso de estos fármacos es habitualmente limitado excepto en la depresión psicótica.