

### Resumen

En este artículo editorial, el autor argumenta su disenso con la propuesta de recategorizar los trastornos de ansiedad y depresión en un nuevo grupo más abarcativo que se denominaría co-timia, menciona algunos de los progresos de la industria farmacéutica y las ventajas de las categorizaciones clínicas en función de las diferentes respuestas a los distintos tratamientos; así como algunas de las dificultades que predisponen a los médicos a estar más permeables a la propaganda de la industria, muchas veces tendenciosa y sin fuerte respaldo científico.

Bernstein J. La industria farmacéutica, las categorías clínicas en salud mental y los médicos agotados. *Evid Act Pract Ambul* 2004;7:130-131

### Antinomias que no lo son

Si bien coincido en que la presión de la industria farmacéutica es un problema importante en medicina<sup>1</sup>, considero que el artículo editorial publicado recientemente en *EVIDENCIA* sobre "cotimia" incluye una serie de afirmaciones que merecen discusión.

Oponer el "comprender el rol que puede cumplir el síntoma o la enfermedad en el paciente y en su núcleo familiar" con "suprimir un síntoma lo más rápido posible" es una falsa antinomia. Es cierto que la mayoría de las veces, para ser más efectivo, es útil entender el rol del síntoma; sin embargo, en ocasiones tendremos mejores resultados en el largo plazo si logramos suprimirlo lo antes posible. Cuando los autores se refirieron a suprimir el síntoma, seguramente apuntan a la decisión de medicar rápidamente al paciente evitando escucharlo.

### Desarrollo de nuevas drogas

En cuanto a la afirmación de que no se desarrollan fármacos nuevos, en 1991 se patentó la duloxetina, un nuevo antidepresivo "dual" que actuaría sobre la recaptación de la serotonina y norepinefrina. En Argentina fue presentada el año pasado pero aún no salió a la venta. También están en desarrollo otros antidepresivos como el bupropión dextrógiro, una modificación del racémico actualmente en venta; algunas drogas nuevas no actúan sobre las aminas sino sobre receptores de la sustancia P (NK1), del factor de liberación de la corticotrofina (CRF) y otros "blancos" moleculares<sup>2</sup>; y se están investigando nuevos medicamentos para el tratamiento de la ansiedad, algunos de ellos con también con propiedades anti-depresivas<sup>3</sup>.

### Las entidades clínicas y las clasificaciones

La clasificación del DSM III y sus sucesoras fueron, en su momento, un gran aporte para el tratamiento de los problemas psiquiátricos de la población ya que establecieron categorías más claras, comparables y reproducibles, en una época en que cada escuela o corriente tenía su propia categorización clínica. Buenos ejemplos son el "episodio de pánico", el "episodio depresivo mayor" y el "trastorno bipolar". Muchos pacientes pudieron así ser categorizados más rápida y adecuadamente. Además permitieron definir poblaciones más homogéneas, necesarias para estudios con un número importante de pacientes. Es interesante mencionar que ahora hablamos del "subregistro" de estos problemas (antes no teníamos términos de comparación adecuados).

### Relación entre las categorías clínicas y la industria

El artículo que discutimos señala la fuerte relación entre las categorías y la industria. Este es un problema complejo. Muchas veces los pacientes se vieron beneficiados por los "progresos científicos", aunque este no sea el objetivo primordial de la industria. Algunas de estas categorías dependen de la respuesta a fármacos. Por ejemplo, la diferencia entre los subtipos "melancólicos" y "atípicos" de los episodios depresivos surge de tratar de diferenciar aquellos pacientes que responden mejor a los tricíclicos, de aquellos que tienen una mejor respuesta con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

También parece clara la revalorización de distintos problemas mentales en la medida que se le encuentra un nuevo uso a algún fármaco como el de los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) y en el pánico, los anticonvulsivos y el trastorno bipolar, la atomoxetina y el síndrome de atención dispersa. Considero que la industria no creó estos problemas, que pueden estar mal diagnosticados y/o mal tratados; y que, por supuesto, hay un riesgo cierto de pasar del subregistro al sobretratamiento y a la medicalización de la vida cotidiana<sup>4</sup>.

También la industria se vio en problemas para diferenciar productos muy similares de empresas diferentes. Necesitaron nuevas indicaciones para estos fármacos o encontrarles, como sea, una ventaja relativa. Un ejemplo es la importancia que se le dio, tanto en trabajos publicados en revistas serias como en campañas publicitarias, la actividad de los diferentes ISRS sobre el citocromo P450, que en la clínica no se verificó.

### Las comorbilidades entre depresión y ansiedad

Las categorías estrictas generan un paciente ideal que es raro de ver en la consulta<sup>5</sup>. Por eso hace mucho que se viene hablando en el mundo "psi" de la "comorbilidad" entre los trastornos depresivos y ansiosos, sobre todo desde la aparición de los ISRS; o del "espectro bipolar", porque la mayoría de los pacientes con este tipo de problemas queda afuera de "las clasificaciones nosológicas actualmente vigentes"; o se proponen los tipos bipolares III, IV, V, VI, etc.

El problema es tomarse demasiado en serio estas categorías. Además es importante recordar que son provisorias. De hecho, el mismo DSM IV incluye un Apéndice B de "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores". Ya salió la versión "revisada" del DSM IV y la versión V está en elaboración. Por otro, debe tenerse en cuenta que estas categorías son solo construcciones del lenguaje médico y no "enfermedades" que existen fuera del contexto de la medicina, de los médicos y de los pacientes.

Considero que el problema de clasificar a los pacientes con la comorbilidad ansiedad-depresión, que deriva de un sistema de categorías estrictas, no se soluciona con otra categoría, aunque sea más abarcativa en este caso cotimia.

### Motivaciones de la industria farmacéutica

La industria solo puede buscar beneficios económicos. Y si para ello requiere medicalizar a pacientes sanos, ampliando las categorías diagnósticas o modificando las pautas de la normalidad, lo hará (de hecho lo hace). La terapia de reemplazo hormonal (TRH) en la menopausia, las campañas de publicidad de vitaminas, "energizantes" y la promoción de la sustitución de la lactancia materna, son ejemplos paradigmáticos de una larga lista. Cuando se promocionan patologías novedosas y mejores tratamientos ¿cómo sabemos si la investigación que la fundamenta se sustentará luego un tiempo razonable de práctica? ¿Cuántas mujeres murieron inútilmente por cáncer de mama atribuible a la TRH? Y en el campo de la salud mental: ¿cuál es la diferencia real entre la timidez y la ansiedad social, entre un chico inquieto y la atención dispersa? No estoy negando problemas frecuentes de los pacientes que nos consultan, a quienes se puede ofrecer alguna ayuda para mejorar su calidad de vida, sólo estoy dudando de las fuentes de información.

## Medicamentos nuevos o mejor uso

Para atribular un poco más al lector: para tratar mejor a nuestros pacientes: ¿qué es más importante? ¿Nuevos medicamentos o el mejor uso de los que ya tenemos? Esto normalmente debería ser una falsa antinomia, pero para la industria los medicamentos existentes son de menor rentabilidad que aquellos recién estrenados. Para responder con pruebas a esta pregunta en un problema de salud específico ¿quién lo va a investigar? Si lo hace la industria: ¿no cree usted que ya conoce el resultado de esa investigación?

## Conclusión

Para retomar el primer tema de esta nota: un médico cansado, saturado, abrumado escuchará menos y recetará más, y será más sensible a la propaganda y menos a la adquisición de nuevos conocimientos. Intentará suprimir síntomas del paciente, si puede,

antes de escuchar más, como síntoma de su propia despersonalización e indiferencia afectiva (síndrome de desgaste profesional o burn out). También pedirá más estudios. A la industria farmacéutica y tecnológica ¿qué le conviene?

Hoy, al leer los trabajos científicos, nos encontramos con una nueva medicina, la MBOE (medicina basada en el ocultamiento de la evidencia). Al mismo tiempo vemos cómo en todo el mundo los estados se desentienden cada vez más de apoyo económico a la investigación científica, promoviendo a cambio el financiamiento privado a la misma. El resultado está a la vista.

Así como bregamos por políticas nacionales que garanticen el acceso de todos a la salud, por el bien de nuestros pacientes debemos bregar también por el aumento del rol estatal en el financiamiento de la investigación, limitando la investigación clínica subvencionada por la industria.

Lamento, solo poder agregar dudas e inquietudes. Esa es mi intención y espero haberlo logrado. La búsqueda de respuestas no es hoy una tarea individual.

**Jorge Bernstein** [ Especialista en Psiquiatría, Secretario de Publicaciones de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. ]

*-En estos días leíamos en el periódico que el mal humor "es un malestar crónico, producto de una alteración de la química cerebral. Según los expertos, se saben los motivos anatómicos y fisiológicos que lo generan y dicen que hay tratamientos para combatirlo"*

*-En el trabajo de Zimmerman y col. de 346 pacientes que habían sido considerados deprimidos según criterios de la práctica clínica habitual, quedaron solo 29 al aplicar los criterios de inclusión/exclusión de los estudios controlados.*

## Referencias

1. Cañas M. Ensayos clínicos y boletines independientes Evidencia en Atención Primaria - Vol. 7 Número 3: Mayo-Junio 2004. Pag 66 a 68.
2. Baldwin, D. y Thomson, C. "El futuro de la terapia antidepresiva" World Psychiatry; 2: 3-8.
3. Barenbaum R y Rilla L "¿Qué haremos en el futuro?" en el curso del Capítulo de Psicofarmacología de APSA "Los Dilemas de la Clínica del Estrés y de la Ansiedad". XX Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA, Mar del Plata, abril de 2004.
4. Elustondo, G. "El Malhumor ya es motivo de consulta médica". Buenos Aires, Diario Clarín, 5 de Agosto 2004. En <http://old.clarin.com/diario/2004/08/15/sociedad/s-04001.htm>.
5. Zimmerman, M., et al, "Are Subjects in Pharmacological Treatment Trials of Depression Representative of Patients in Routine Clinical Practice?" Am J Psychiatry 159:469-473, March 2002.

## Noticiero epidemiológico

### El rofecoxib fue retirado del mercado

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) dispuso suspender la comercialización de las especialidades medicinales que contienen el principio activo Rofecoxib, solo o asociado, abarcando todas las marcas comerciales existentes a la fecha.

Se trata de un antiinflamatorio no esteroide inhibidor selectivo de la ciclo oxigenasa 2 (COX2) utilizado en Argentina desde 1999 para el tratamiento del dolor, principalmente osteoarticular.

El laboratorio Merck Sharp & Dohme anunció el retiro voluntario de su medicamento VIOXX<sup>®</sup> a nivel mundial. Según la empresa, se detectó un incremento del riesgo relativo de eventos cardiovasculares como infartos al corazón o accidentes cerebrovasculares en pacientes que lo habían recibido por más de 18 meses. Estos pacientes participaban en un estudio multicéntrico que intentaba evaluar la eficacia de 25mg de rofecoxib en la prevención de la recurrencia de pólipos colorectales.

La decisión de la ANMAT de suspender la comercialización de los productos que contienen Rofecoxib tiene carácter preventivo, sin que a la fecha se hayan reportado efectos adversos severos en nuestro país en pacientes que lo usan regularmente. Se recomienda a los pacientes en tratamiento con este fármaco que consulten a su médico acerca de otras opciones terapéuticas disponibles en nuestro medio.

Para mayor información adjuntamos los siguientes vínculos:

<http://www.anmat.gov.ar/principal.html>

<http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01122.html>

<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/vioxx/vioxxQA.htm>

**Farmacéuticas Gabriela Capdevila, Roxana Beragua y Natalia Korzewyc** [ Area Farmacovigilancia del Hospital Italiano Buenos Aires ]