

Novedades distinguidas

Estudios recientemente publicados en prestigiosas revistas internacionales, redactados por los médicos que integran la agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC), brazo periodístico de SIIC. Cada trabajo de Novedades distinguidas ocupa alrededor de una columna.

12 - Comportamiento Autodestructivo en el Síndrome de Tourette

Mathews C, Waller J, Glidden D y colaboradores

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry
75(8):1149-1155, Ago 2004

El comportamiento autolesivo (CAL) o autodestructivo (que consiste en lesiones autoprovocadas, deliberadas y repetitivas sin intento de suicidio) está presente en aproximadamente el 4% de la población general. A pesar de que el CAL puede tener lugar en una amplia variedad de trastornos neuropsiquiátricos, se lo informa más frecuentemente en trastornos fronterizos de la personalidad, en los trastornos alimentarios y en el abuso de sustancias psicoactivas (en los que el CAL parece servir al propósito de reducir la tensión y regular el afecto), en los trastornos del desarrollo y en los trastornos orgánicos cerebrales como el síndrome de Lesch-Nyham, donde podría relacionarse con una mala regulación neuroquímica.

El CAL también aparece con cierta frecuencia en los trastornos de movimiento, con más notoriedad en el síndrome de Tourette (ST). El ST es un trastorno neuropsiquiátrico con inicio en la niñez que consiste en numerosos tics motores y vocales y afecta aproximadamente a 1:2 000 personas en todo el mundo.

Además de los trastornos motores, se asocia con gran cantidad de patologías psiquiátricas, las más comunes son el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD). La gravedad de los síntomas en el síndrome de Tourette puede oscilar desde leve a grave e incluso ser incapacitante.

A pesar de que los tics en sí mismos contribuyen claramente a la gravedad general del trastorno, gran cantidad y tipo de síntomas concomitantes, como la obsesión y la compulsión, los problemas de atención, los problemas de control de impulsos y los comportamientos de autoagresión son cruciales y deberían ser clínicamente más relevantes que los tics a la hora de evaluar la alteración.

El CAL se produce hasta en el 60% de los pacientes con síndrome de Tourette, pese a que se estima que este porcentaje varía de acuerdo con la definición de autolesión. En los individuos con síndrome de Tourette, se ha descrito gran variedad de lesiones autoinflingidas, entre ellas, las más comunes son pincharse compulsivamente la piel, golpearse, morderse los labios y otras partes del cuerpo, limarse de los dientes, golpearse la cabeza y lastimarse los ojos.

Los estudios retrospectivos de cohortes sugieren que el CAL se correlaciona con la gravedad de los síntomas y con altos niveles de obsesión y hostilidad, según la medición de diversas escalas subjetivas. En el más importante de esos estudios realizados hasta el momento (una evaluación retrospectiva de 3 500 individuos con síndrome de Tourette de todo el mundo) el CAL estuvo presente en 14% de los casos. Los individuos que presentaban este síndrome más alguna otra patología psiquiátrica tenían cuatro veces más probabilidades de desarrollar CAL, lo que se relacionó directamente con la cantidad de patologías psiquiátricas concomitantes.

Los autores examinaron las relaciones entre el síndrome de Tourette y el CAL en una muestra de 300 individuos que originalmente se habían incluido para estudios genéticos de ST en EE.UU. y Costa Rica. Según se sugirió en estudios anteriores, en el síndrome de Tourette, el CAL se relaciona más con la presencia de una combinación de patologías que con una simple manifestación de gravedad.

Los autores obtuvieron los siguientes resultados. El CAL de leve

a moderado se correlacionó con la presencia de síntomas obsesivo compulsivos y con la presencia de obsesión agresiva o compulsión violenta, así como con la presencia de TOC y una cantidad de obsesiones en general. El CAL grave en el síndrome de Tourette se correlacionó con variables relativas a los afectos o a mala regulación de los impulsos, en particular con la presencia de accesos episódicos y comportamientos de riesgo. Tanto el CAL leve a moderado como el grave se correlacionaron con la gravedad de los tics.

Los autores concluyen que el CAL de leve a moderado y el CAL grave en el síndrome de Tourette representan diferentes fenómenos que tienen importancia clínica al momento de elegir el tratamiento adecuado.

13 - Factores de Riesgo Asociados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Sauver JL, Barbaresi WJ, Katusic SK y colaboradores

Mayo Clinic Proceedings 79(9):1124-1131, Sep 2004

El riesgo de padecer el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) es más frecuente en varones que en mujeres y se asocia también con menor nivel de instrucción de los padres. Así lo describen investigadores de la *Division of Epidemiology, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, EE.UU.*, de acuerdo con los resultados obtenidos a partir de un estudio de casos y controles realizado con niños nacidos entre enero de 1976 y diciembre de 1982.

Los niños con ADHD tienen evolución personal y social adversa, y problemas de salud que representan un costo importante para los servicios de atención médica. Debido a la frecuente aparición de este trastorno y a la morbilidad asociada con él, la identificación temprana de los niños con mayor riesgo de padecerlo es importante para asegurarles un tratamiento adecuado.

Diversos factores socioeconómicos y biológicos han sido examinados; sin embargo, los resultados obtenidos hasta el presente son controvertidos.

Se identificaron para este estudio los niños nacidos durante un período de 7 años en el condado de Olmsted, Minnesota, EE.UU., a través de un registro computarizado de los certificados de nacimiento obtenido a partir del Departamento de Salud. El número total de niños analizados fue 5 701. A través de los registros médicos y escolares se identificaron 305 niños con ADHD.

El resto de los niños fueron utilizados como grupo control. Entre los factores de riesgo evaluados se incluyeron variables sociodemográficas de los niños y sus padres, características del embarazo y del parto.

Las características del embarazo y del parto, el peso al nacer y el nacimiento de mellizos no se asociaron con el ADHD. Sin embargo, el diagnóstico de ADHD fue más frecuente entre los varones que entre las niñas evaluadas; así como se asoció mayormente con los niños de raza blanca. El riesgo de padecer este trastorno se redujo con el mayor nivel de educación de los padres. Estos hallazgos se mantuvieron en el análisis multivariado. El grado de instrucción de los padres parece tener un efecto mayor sobre los varones que sobre las mujeres como factor de riesgo para el ADHD.

Los resultados indican que tanto el sexo masculino como el

bajo nivel de educación de los padres son factores de riesgo significativos para el ADHD. Más aun, el grado de instrucción de los padres parece tener mayor peso en el riesgo de desarrollo de este trastorno en varones que en mujeres.

14 - Análisis Crítico del Concepto "Psicosomático"

Stone J, Colyer M, Feltbower S y colaboradores

Psychosomatics 45(4):287-290, Jul 2004

El término "psicosomático" requiere un cambio en la información y educación a los medios de comunicación, para que finalmente sea más atractivo para los pacientes. En marzo de 2003 la *American Board of Medical Specialties* aprobó en forma unánime la creación de una subespecialidad psiquiátrica denominada "medicina psicosomática", que definió así todas las acciones profesionales en las que existe interconsulta con psiquiatría.

Sin embargo, no se ha dado suficiente importancia a la opinión de los médicos, referida a la comprensión de este término. El diccionario Merriam-Webster's, ofrece dos acepciones de esta palabra; una hace referencia a la preocupación o al compromiso del cuerpo y la mente; la otra hace alusión al compromiso del cuerpo, causado por alteraciones mentales y emocionales.

Investigadores del *Department of Neurosciences, Western General Hospital*, de Edimburgo, realizaron la presente revisión con el objetivo de identificar y describir el significado de la palabra "psicosomático" en los medios de comunicación, utilizada con frecuencia de manera peyorativa; que aparece en especial en artículos periodísticos de los diarios americanos de mayor lectura.

Se seleccionaron artículos de periódicos de elevada circulación, que incluyeron en su escritura la palabra "psicosomático" en algún lugar, ya sea en el título o bien en el texto del artículo, entre enero 1996 a noviembre 2002.

Los hallazgos demostraron que la palabra "psicosomático" se utilizó con frecuencia en periódicos, para la descripción de una enfermedad poco importante o imaginaria, signo o manifestación de inestabilidad emocional o locura. Estos datos equivocados representaron para la comunidad profesional y para los pacientes un grave problema para su aceptación. Este problema confirmó además el fuerte estigma asociado con la enfermedad mental, diferente de la fuerza y el poder asociado en los medios de comunicación, a las enfermedades médicas en general.

Los autores concluyeron la necesidad de aunar esfuerzos y trabajar con mayor ahínco con los medios específicamente, para que estos reconsideren el adecuado significado de la palabra "psicosomático" y de esta forma, se puedan concretar numerosos avances en investigación en este tópico, así como en el logro de los diversos tratamientos.

15 - Ventajas de la Administración de Antipsicóticos de Liberación Prolongada

Bhanji N, Chouinard G y Margolese H

European Neuropsychopharmacology 14(2):87-92, Mar 2004

Existen numerosos productos farmacológicos de utilidad para el tratamiento de las alteraciones psiquiátricas; sin embargo, a pesar de las ventajas de algunos de ellos, la farmacoterapia de la esquizofrenia permanece aún como problema para un número

significativo de pacientes. El desarrollo de un agente eficaz, inyectable, de acción prolongada, con reducidos efectos adversos y que permita una adecuada adhesión a los diferentes regímenes por parte de los pacientes es un factor decisivo.

Con el objetivo de analizar los factores relacionados con la no adhesión de los pacientes con esquizofrenia a la medicación, evaluar la literatura disponible referida a los agentes antipsicóticos de liberación prolongada y revisar los estudios de fase III basados en la utilización de la formulación inyectable de risperidona, investigadores de la *Clinical Psychopharmacology Unit, Allan Memorial Institute, McGill University Health Centre* condujeron el presente estudio de revisión. La información obtenida de la literatura científica se seleccionó de Medline y bases de datos Psycinfo.

Los resultados de la investigación demostraron que el problema identificado, la no adhesión al tratamiento, es elevado, relacionado especialmente con aspectos de la enfermedad y factores de los profesionales médicos. Los fármacos antipsicóticos atípicos mejoraron la adhesión de los pacientes, en comparación con los productos orales típicos; sin embargo, el problema de la no adhesión continuó elevado. La indicación de antipsicóticos típicos intramusculares de liberación prolongada constituye una opción eficaz, con menor posibilidad de recaídas y de rehospitalización; las manifestaciones extrapiramidales representaron en estos casos un verdadero problema.

Los datos recientes obtenidos por los autores ponen de manifiesto que la risperidona de acción prolongada es un fármaco seguro y eficaz. Los autores concluyen que debido a la no adhesión de los pacientes a los fármacos es conveniente la realización de investigaciones que incluyan tratamientos con fármacos de larga duración para mejorar la efectividad, asociada con los menores costos.

16 - Administración Diaria Única de Atomoxetina para el Tratamiento de Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Estudio Aleatorizado y Controlado con Placebo

Michelson D, Allen A, Busner J y colaboradores

American Journal of Psychiatry 159 (11):1896-1901, Nov 2002

La atomoxetina es un inhibidor potente del transportador presináptico de la norepinefrina, con afinidad mínima por otros receptores noradrenérgicos o por otros transportadores o receptores de neurotransmisores. Se ha observado que es efectiva para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) en niños y adolescentes cuando se administra dos veces al día. Si bien para la mayoría de las personas este compuesto tiene una vida media plasmática de aproximadamente 4 horas, no se acumula con este intervalo entre dosis. Podrían existir otros factores determinantes de la respuesta aparte del tiempo que la molécula transcurre sobre el receptor o puede que la farmacocinética en el sistema nervioso central sea diferente de la sistémica. Los autores informan los resultados de un estudio con un diseño doble ciego, controlado con placebo y aleatorizado que evaluó la eficacia de la atomoxetina en una única toma diaria.

En este estudio multicéntrico, llevado a cabo en nueve centros ambulatorios estadounidenses, se incluyeron 171 niños y adolescentes de entre 6 y 16 años, quienes cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV para ADHD. La dosis de la droga en estudio fue de 0.5 mg/kg/día por la mañana durante los tres primeros días, y a continuación de 0.75 mg/kg/día durante el resto de la primera semana. Luego se incrementó a

1.0 mg/kg/día. Cuatro semanas después, si los pacientes presentaban un puntaje de Impresión Clínica Global (*Clinical Global Impression*, CGI) mayor de 2, la dosis se incrementó a 1.5 mg/kg/día. La duración total del estudio fue de 6 semanas.

La medida primaria de la valoración del protocolo fue el valor total en la *ADHD Rating Scale-IV*, una escala de 18 ítem basada en una entrevista semiestructurada con los familiares de los pacientes.

La mayoría de los pacientes incluidos fueron del sexo masculino y cumplieron con las definiciones del DSM-IV de ADHD para el subtipo mixto o con desatención.

Las reducciones promedio en los criterios primarios de valoración fueron superiores en quienes recibieron atomoxetina que en los asignados a placebo. También se hallaron resultados superiores en cuanto a la evaluación realizada por los propios investigadores, familiares o maestros de los pacientes. El tamaño del efecto del tratamiento, según el análisis estadístico, fue de 0.71, valor similar al observado en estudios previos con dos tomas diarias de la medicación. Los puntajes informados por los padres sugirieron que los efectos específicos de la atomoxetina se mantuvieron durante el día. La tasa de discontinuación fue baja (menor del 3%); el malestar gastrointestinal leve y autolimitado, la astenia y los mareos fueron los eventos adversos más informados en el grupo de tratamiento, y no se registraron preocupaciones acerca de la seguridad de la droga. Se encontraron elevaciones modestas en las cifras de presión arterial sistólica y en el pulso, y descensos en el peso y la altura.

Los resultados de este estudio son congruentes con los datos de eficacia y seguridad de la atomoxetina administrada en dos tomas diarias. Los autores mencionan que quizás el hallazgo más notable de este estudio es la persistencia del efecto de la medicación hasta la tarde o la noche, según lo informado por los familiares de los pacientes. A pesar de que la vida media de la atomoxetina es corta, podría existir una farmacocinética diferente entre el cerebro y el plasma. El tamaño del efecto del tratamiento para el criterio de valoración primaria fue de 0.71, valor similar al informado en ensayos previos en los que se empleó la dosis de la droga repartida en dos tomas diarias. Estos datos sugieren que la magnitud en la reducción de los síntomas es similar en las dos formas de administración, aunque se requerirá una comparación directa para poder obtener conclusiones definitivas.

Los investigadores concluyen que la administración en una sola toma diaria de atomoxetina es efectiva para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes.

17 - Posibles Diferencias Individuales y de Sexo en los Discretos Aumentos en los Niveles Plasmáticos de Prolactina Observados durante el Tratamiento con Clozapina

De León J, Díaz FJ, Josiassen RC y Simpson GM

European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 254(5):318-325, Oct 2004

Debido a que la clozapina no está asociada con aumentos clínicamente importantes en los niveles de prolactina, el agente es utilizado en pacientes con hiperprolactinemia sintomática. La bibliografía sugiere que los estudios *in vitro* y clínicos indican que la clozapina produce liberaciones discretas de prolactina que son inferiores a las producidas por antipsicóticos típicos y que los ensayos clínicos con frecuencia no pueden detectar los efectos a menos que se realicen mediciones repetidas de prolactina y se detecten los valores máximos medios después de la administración por un breve período. Asimismo, la bibliografía se centró en los efectos medios y no exploró la posibilidad de que

algunos individuos puedan liberar prolactina después de la administración de clozapina, mientras que otros no lo hagan.

Además, las experiencias se centraron principalmente en hombres, sin explorar las diferencias entre sexos. En la presente experiencia los autores investigaron la asociación entre los niveles de clozapina y prolactina en hombres y mujeres. Asimismo, compararon los efectos de la clozapina y del haloperidol.

La muestra incluyó 40 pacientes esquizofrénicos o con trastorno esquizoafectivo con síntomas refractarios al tratamiento. Después de 4 semanas de terapia con 10 mg diarios de haloperidol y de una semana de reposo farmacológico, los participantes fueron distribuidos de forma aleatorizada para recibir 100, 300 o 600 mg/d de clozapina durante 16 semanas. Quienes no respondieron a la terapia fueron tratados con las otras dos dosis por 16 semanas adicionales. Los niveles de prolactina obtenidos durante la fase con haloperidol y cada 2 semanas durante el tratamiento con clozapina fueron determinados mediante radioinmunoensayo.

Los niveles de clozapina y norclozapina se determinaron mediante cromatografía gaseosa. La suma de los anteriores se denominó nivel total de clozapina. Los niveles de haloperidol también fueron determinados mediante radioinmunoensayo. Las correlaciones entre los niveles de clozapina y prolactina se calcularon en hombres, mujeres y en el total de la muestra. El análisis incluyó el incremento promedio de los niveles de prolactina (ng/ml) producido por un aumento de 100 ng/ml en el nivel de clozapina y por la elevación de 1 ng/ml en los valores de haloperidol. Los análisis anteriores consideraron los pacientes como un grupo y determinaron los efectos promedios de la clozapina sobre la prolactina en hombres y mujeres. Los análisis individuales se llevaron a cabo en los sujetos que contaron con más de 5 mediciones de prolactina.

La correlación entre los niveles de clozapina y prolactina fue baja, 0.32, aunque significativa. La correlación también fue significativa en mujeres (0.35) y hombres (0.25). El incremento de 100 ng/ml en el nivel de clozapina produjo un aumento promedio de 0.45 ng/ml de prolactina en mujeres y de 0.15 ng/ml en los varones. Por otra parte, la correlación entre los niveles de haloperidol y prolactina fue superior, 0.75, con valores de 0.76 en el caso de las mujeres y de 0.96 para los hombres. El aumento de 1 ng/ml en el nivel de haloperidol ocasionó un incremento promedio de 2.6 ng/ml y 1.5 ng/ml en los niveles de prolactina en mujeres y varones, respectivamente.

En la población femenina, los valores medios de los últimos niveles de prolactina con los regímenes de 100, 300 y 600 mg diarios ascendieron a 9.4, 7.7 y 11.8 ng/ml, respectivamente. En este grupo, el último valor medio de prolactina en el tratamiento con haloperidol alcanzó los 29.9 ng/ml. En los varones, los valores medios de los últimos niveles de prolactina con el tratamiento con 100, 300 o 600 mg diarios de clozapina y con el haloperidol ascendieron a 5.9, 6.3, 6.8 y 10.2 ng/ml, respectivamente. Por otra parte, en el análisis individual, 3 de las 16 mujeres estudiadas presentaron niveles de correlación elevados entre clozapina y prolactina. En el caso de los varones, 3 de los 16 individuos del grupo evidenciaron correlación importante entre los niveles de la droga y la hormona. Esto indica que el 38% de las mujeres y el 20% de los hombres claramente demostraron la relación que existe entre la clozapina y la prolactina.

Los resultados expuestos demuestran los efectos de la clozapina sobre los niveles de prolactina en algunos pacientes esquizofrénicos que no responden al tratamiento, especialmente en las mujeres. Los autores destacan que no se puede saber si estos hallazgos pueden ser extrapolados a quienes responden a la terapia, si bien la clozapina suele utilizarse en pacientes refractarios a la terapia. Por último, destacan que los estudios transversales que utilizan sólo una medida de la concentración mínima de prolactina y que calculan los efectos promedios podrían no detectar el impacto de la droga en la hormona. Sólo los estudios longitudinales que determinen la concentración máxima, horas después de la administración de clozapina, o los

seguimientos longitudinales prolongados, con varias mediciones de los niveles mínimos de prolactina y que utilicen distintas dosis del fármaco con la medición de sus concentraciones, permitirán detectar efectos discretos del tratamiento en los niveles de la hormona.

18 - Funcionamiento Cognitivo en Adolescentes Anoréxicas

García-Alba C

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
XXIII(87):2407-2427, 2003

Se realizó un estudio comparativo con muestras adolescentes: 50 pacientes anoréxicas, tipo restrictivo; 50 pacientes deprimidas, y 50 no pacientes como grupo de control, de edades comprendidas entre 13 y 16 años. Se evaluó su personalidad con el test Rorschach, utilizado básicamente como test perceptual-cognitivo, siguiendo el Sistema Comprensivo de Exner (1986, 2003); se recogió la información estructural del protocolo, básicamente cuantitativa, para posibilitar un ulterior tratamiento informático/estadístico de los datos (análisis de varianza, chi cuadrado, análisis discriminante, validez interpuntadores).

En el área del Funcionamiento Cognitivo se comprobó que la forma en que estas adolescentes registran la información que procede de su entorno (procesamiento) y la traducción a otros códigos que realizan de esta información procesada (mediación), fue bastante similar en los tres grupos evaluados. Sin embargo, el modo en que esta información es posteriormente conceptualizada, la forma en que se elaboran y construyen nuevos conceptos (ideación), es significativamente distinta en las pacientes anoréxicas.

Estas adolescentes anoréxicas utilizan la reflexión deliberada en gran medida, aunque de forma rígida. Su pensamiento, habitualmente bien ajustado, presenta ocasionales ideas erróneas que pueden llegar a tener características similares a las operaciones de tipo delirante. Es un pensamiento muy pasivo, que las hace más vulnerables a la aceptación de ideas sin someterlas a ningún tipo de crítica, y que resulta muy poco eficaz, pues dan vueltas a las ideas sin buscar soluciones, entrando en una especie de rumiación en cortocircuito que mantiene ocupado al sujeto, pero de forma totalmente improductiva. Aunque esta forma de pensar puede manifestarse en la clínica con una apariencia obsesiva, ni la forma de procesar la información ni la manera de codificarla corresponden al funcionamiento cognitivo obsesivo.

Sobre la base de estos resultados podemos entender que estas adolescentes, que están en un período evolutivo de grandes cambios y desorientaciones en relación con la propia imagen, ante algún acontecimiento vital, y a partir de cierta vulnerabilidad biológica, debido a las alteraciones de su ideación, acepten sin crítica ideas irracionales dominantes en nuestra cultura, en la que la delgadez aparece como modelo único, compendio de inteligencia, belleza y éxito, quedando atrapadas en este tipo de ideas de las que no pueden salir ni hacer crítica aunque razonen adecuadamente en otros temas, refugiándose en una imagen totalmente fantaseada que se convierte en el eje de sus intereses. Los recursos que poseen para decidir conductas y llevarlas a término deliberadamente y su escasa tendencia a la introspección posibilitan que su decisión de no comer, basada en reflexiones distorsionadas y aceptadas pasivamente, tenga gran fuerza y, por ello, sea tan difícil de modificar.

Las implicaciones prácticas que se derivan, concluye la autora, tienen una doble vertiente: a) al diseñar un plan de intervención terapéutica global, deberá incluirse una parte de éste encaminada a modificar esta ideación, para lo cual la reestructuración cognitiva parece ser una estrategia idónea; b) en

el tema de prevención, según estos resultados, sería importante, desde sectores como el educativo, enseñar a las adolescentes a resolver problemas, tomar decisiones, desarrollar su capacidad crítica y conductas asertivas, etc., para dotarlas de recursos psicológicos suficientes que las capaciten para afrontar de forma adecuada las dificultades que les plantea un entorno que cada vez se torna más complejo, sin recurrir a respuestas inadecuadas o claramente patológicas.

19 - Destacan Beneficios del Cambio de Risperidona a Olanzapina en Pacientes con Esquizofrenia

Zhao Z, Namjoshi M, Barber B y colaboradores

CNS Drugs 18(3):157-164, 2004

El presente análisis intentó determinar el impacto del cambio de tratamiento entre antipsicóticos atípicos tales como la risperidona hacia la olanzapina o viceversa, sobre las conductas terapéuticas posteriores y el costo de dichas terapias en pacientes con esquizofrenia.

Debido a que el empleo de antipsicóticos se incrementa y aparecen más antipsicóticos atípicos en el mercado farmacéutico, el intercambio entre esos agentes aumenta en la práctica clínica cotidiana. Si bien la olanzapina y la risperidona comparten características similares, se diferencian en sus estructuras químicas, y por los perfiles de seguridad y eficacia.

En la base de datos *IMS Health LifeLink*, fueron identificados 448 individuos con diagnóstico de esquizofrenia con prescripciones para los dos antipsicóticos mencionados.

Para asegurar que fueran adecuadamente considerados como tratados con ambos medicamentos, solamente se incluyeron en el análisis los sujetos que hubieran recibido cada una de las drogas durante por lo menos 60 días y que hubieran contado con la cobertura continuada del servicio de salud, lo que disminuyó la cantidad de pacientes analizables a 244.

Los hallazgos del estudio demostraron que los pacientes que iniciaron el tratamiento con risperidona y posteriormente cambiaron a olanzapina presentaron un curso posterior de la medicación más favorable y, a pesar del significativo incremento de los costos farmacéuticos, no se observó aumento del gasto total para el cuidado de la salud, debido a la significativa disminución en el empleo de medicaciones antiparkinsonianas. Por el contrario, el hecho de prescribir risperidona a pacientes que estaban recibiendo olanzapina, no produjo beneficios en el curso de la medicación ni en los costos, con el riesgo potencial de una evolución desfavorable. De todas maneras, comentan los autores, y al igual que para otros análisis de bases de datos, el presente estudio retrospectivo presenta algunas limitaciones, que incluyen la potencial selección de factores de desvío estadístico, la falta de información acerca de los motivos para el cambio de la medicación, el tamaño pequeño o mediano de la muestra, el hecho de que se informan los datos acerca del costo de la medicación y no del pago real efectuado por los pacientes (debido a los posibles descuentos), y la circunstancia de que el análisis se efectuó en pacientes que poseen seguros de salud privados, con limitada posibilidad de extrapolación a los servicios de salud públicos.

En conclusión, señalan los autores, la constatación de que el cambio de risperidona a olanzapina en los pacientes con esquizofrenia conlleva un curso de tratamiento más favorable sin incremento del gasto total en el cuidado de la salud, tiene importantes consecuencias para quienes deben tomar decisiones en el área sanitaria, y para los médicos que buscan la mejor relación entre el costo y el beneficio para el manejo de los pacientes con esquizofrenia.

20 - La Depresión, ¿Duele?

Stahl SM y colaboradores

Journal of Clinical Psychiatry 63(4):1-3, 2002

La depresión se define principalmente como una enfermedad con síntomas emocionales tales como ansiedad y síntomas vegetativos como trastornos del sueño, pero también se manifiesta con numerosos síntomas físicos inexplicables. A menudo no se presta especial atención a dichos síntomas y ni siquiera se los incluye como componentes de los criterios diagnósticos formales del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) para trastorno depresivo mayor.

En la práctica clínica, hasta el 80% de los pacientes con depresión informa exclusivamente síntomas físicos tales como cefalea, dolor abdominal y dolores musculoesqueléticos en la región lumbar, las articulaciones y el cuello. Si bien estos síntomas físicos dolorosos son muy comunes en la depresión, e inclusive pueden ser los únicos signos de presentación en un gran número de enfermos, a menudo no se les da la jerarquía debida en el reconocimiento de la enfermedad. Una razón podría ser que con frecuencia se interpretan como manifestaciones de un trastorno somático, sobre todo en la práctica clínica general, lo que lleva a estudios innecesarios para descartar patologías médicas, en especial en aquellas personas que presentan fatiga, anergia y síntomas físicos dolorosos, pero sin síntomas emocionales ni vegetativos.

Durante muchos años se postuló que las monoaminas neurotransmisoras serotonina y noradrenalina intervienen en la fisiopatología de la depresión, con disfunción de múltiples vías, lo cual genera diversos síntomas.

Actualmente se reconoce que es probable que la disfunción de estas vías serotoninérgicas y noradrenérgicas descendentes ocasione que las aferencias sensitivas habituales se interpreten como síntomas físicos molestos e inclusive dolorosos. Por lo tanto, muchos pacientes con depresión refieren cefalea, dolor abdominal o dolor musculoesquelético en la región lumbar, las articulaciones y el cuello, así como fatiga y anergia. Estas sensaciones, en lugar de ser suprimidas, ascienden por la médula espinal y llegan al cerebro, donde se interpretan como dolor. Esta disfunción puede explicar que no se hallen causas patológicas para múltiples síntomas físicos en la evaluación médica de las personas con depresión.

Desde hace tiempo, la respuesta al tratamiento de la depresión se define como la disminución de por lo menos el 50% de los síntomas emocionales y vegetativos. Sería posible disminuir los síntomas en un 100% si se elevara el objetivo terapéutico y se suprimiesen los síntomas dolorosos.

Las probabilidades de remisión aumentan de manera significativa si se prescribe un antidepresivo de doble acción que inhiba tanto la recaptación de serotonina como de noradrenalina. Entre estas drogas de doble acción se hallan la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, la venlafaxina, el milnaciprán (aprobado en Europa y Japón) y la duloxetina (en las últimas etapas de investigación clínica). La tasa de remisión de la depresión es del 35% con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y del 45% con las drogas de doble acción. Antes de afirmar que se ha logrado la remisión completa de un episodio depresivo mayor, es preciso que el paciente recupere la energía, la motivación y el interés habituales, y deje de experimentar fatiga e indiferencia, así como síntomas físicos dolorosos. Descuidar el tratamiento del cansancio, la falta de energía y los síntomas físicos dolorosos en los pacientes con depresión puede llevar a resultados insatisfactorios, que impidan la recuperación del desempeño social y ocupacional normales. En cambio, el tratamiento antidepresivo orientado a las vías monoaminérgicas tanto serotonina como noradrenalina, no sólo en el cerebro sino también en la médula espinal, puede ser la mejor estrategia para la remisión de los síntomas y producir la evolución más favorable de la depresión.

21 - Prevalencia de Diabetes y de Tolerancia Anormal a la Glucosa en Esquizofrenia

Bushe C y Holt R

British Journal of Psychiatry 184(Supl. 47):67-71, 2004

Las investigaciones epidemiológicas más recientes brindan evidencia razonable que indica que las personas con determinadas enfermedades psiquiátricas están más expuestas a presentar alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Los estudios realizados en la era anterior a la de los neurolépticos sugirieron claramente que la esquizofrenia podría ser un factor de riesgo de aparición de diabetes. Sin embargo, en esa época se utilizaban criterios muy diversos para definir esquizofrenia y diabetes, y el concepto del estado prediabético de intolerancia a la glucosa recién comenzaba a tenerse en cuenta. Hoy en día, los parámetros diagnósticos estandarizados de diabetes, tolerancia anormal a la glucosa (TAG) y esquizofrenia permiten establecer asociaciones más precisas y realizar comparaciones epidemiológicas entre las poblaciones. Aun así, la tarea no es sencilla.

La diabetes, señalan los autores, tiene un comienzo insidioso y frecuentemente es asintomática, fenómeno que explica por qué casi la mitad de todos los individuos con la patología permanecen sin diagnóstico.

Los estudios prospectivos de población en los cuales se aplican métodos universales de rastreo para detectar diabetes y TAG según las recomendaciones establecidas en 1999 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) brindan las mejores estimaciones de prevalencia de diabetes en la comunidad. Debido a las marcadas diferencias en el índice de diabetes entre países, clases sociales y grupos etarios, es difícil extrapolar la información a cohortes distintas de las de los estudios. Establecer la prevalencia de anomalías metabólicas en pacientes con esquizofrenia es aún más complejo ya que se suman las dificultades y discrepancias del diagnóstico de la patología psiquiátrica. De hecho, algunos estudios incluyeron enfermos con trastorno psicoafectivo, trastorno bipolar y otras alteraciones de la personalidad además de individuos con esquizofrenia. Si bien estos ensayos son muy valiosos deben ser interpretados con mucha cautela ya que la frecuencia de diabetes difiere de una enfermedad psiquiátrica a otra.

Prevalencia de diabetes en la población general

La prevalencia de diabetes en la población general es alta y va en aumento. Investigaciones en los Estados Unidos indicaron una prevalencia cercana al 1.2% en las personas de 18 a 44 años y del 6.3% en sujetos de 45 a 64 años, con los índices más elevados entre los afronorteamericanos, norteamericanos nativos y norteamericanos mexicanos. Estudios en otros países mostraron cifras similares.

Prevalencia de diabetes en pacientes con esquizofrenia

La diabetes es al menos 2 a 4 veces más común en pacientes con esquizofrenia respecto de la población general. Sin embargo, los índices de prevalencia son muy variables de un trabajo a otro. Un factor a tener en cuenta tiene que ver con el tratamiento antipsicótico (clozapina *versus* otros agentes). Otro elemento a considerar es el diseño del estudio. Un estudio italiano de 1996 mostró una prevalencia global de diabetes del 15.8% en una cohorte de pacientes con esquizofrenia internados en una institución para cuidados a largo plazo; la enfermedad fue significativamente más común en pacientes que no recibían antipsicóticos respecto de aquellos que estaban medicados. Esta frecuencia es sustancialmente superior a la estimada en la población general de Italia, entre el 2% y el 3%. En el estudio comentado, la incidencia aumentó en relación directa con la edad. Un amplio estudio de población en los Estados Unidos, realizado en 2000, con datos recogidos en su mayoría antes del amplio uso de nuevos antipsicóticos reveló una prevalencia del

15%. Otro estudio realizado en 2002 mostró una frecuencia de diabetes del 18% en una amplia muestra de pacientes ambulatorios tratados con antipsicóticos típicos y atípicos (sin diferencias entre ellos). Una investigación en pacientes jóvenes (33.6 años en promedio) con el primer episodio de esquizofrenia (lo cual permite separar los efectos del tratamiento) mostró que más del 15% de los enfermos presentaba TAG en comparación con ninguno de los controles comparables en edad. El estudio es una de las muestras más firmes de que la esquizofrenia *per se* es un factor independiente de riesgo de TAG.

Prevalencia de diabetes en otras patologías psiquiátricas

Se ha comprobado que la prevalencia del trastorno metabólico también se eleva en pacientes con trastorno bipolar I (26%) y trastorno psicoafectivo (50%), independientemente del uso de drogas psicotrópicas.

¿Esquizofrenia y diabetes?

Los factores subyacentes son multifactoriales, genéticos y ambientales. También debe considerarse la influencia de la medicación antipsicótica.

Factores genéticos: parecen ser de importancia decisiva en la asociación entre esquizofrenia y diabetes. De hecho, hasta el 50% de los enfermos con esquizofrenia tiene antecedente familiar de diabetes tipo 2 en comparación con el 4.6% de los controles adultos sanos.

Factores ambientales: muchos enfermos con esquizofrenia tienen un comportamiento poco saludable que incluye dietas inapropiadas, poco ejercicio y tabaquismo. El papel de los antipsicóticos también debe ser tenido en cuenta.

La información en conjunto demuestra que los pacientes con esquizofrenia y otras patologías psiquiátricas tienen un riesgo considerablemente mayor de presentar diabetes y TAG, independientemente de que estén siendo o no tratados con antipsicóticos.

22 - Hiperintensidades en la Materia Blanca en Sujetos con Adicciones a Cocaína y Opiáceos y en Controles Sanos

Lyyo IK, Streeter CC, Ahn KH y colaboradores

Psychiatry Research-Neuroimaging 131(2):135-145, Jul 2004

Las hiperintensidades en la materia blanca (HMB) son cambios difusos que se observan en las imágenes ponderadas en T2 obtenidas mediante resonancia magnética en neuropatologías que comprenden espacios perivasculares dilatados, desmielinización perivascular, gliosis astrocitaria y arterioesclerosis. La isquemia cerebral, el edema cerebral y los trastornos en la circulación del líquido cefalorraquídeo parecen ser los mecanismos patológicos de las HMB.

Estos cambios pueden localizarse en áreas subcorticales o alrededor de los ventrículos. Si bien las HMB profundas son consideradas áreas desmielinizadas localizadas ocasionadas por mecanismos vasculares como el cambio de la permeabilidad vascular y la aterosclerosis, los informes sobre la fisiopatología isquémica que produce HMB perivascular han sido menos homogéneos.

Las HMB aumentan con el envejecimiento. Además, los factores de riesgo cardiovascular como arterioesclerosis, hipertensión y diabetes mellitus también los son para las HMB. La prevalencia y la importancia de las HMB fueron estudiadas en sujetos con depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y demencia. Sin embargo, son escasos los estudios llevados a cabo en sujetos con toxicomanías.

Sobre la base de informes previos acerca de los defectos de

perfusión cerebral en consumidores de cocaína y opiáceos, los autores arriesgaron la hipótesis de que los sujetos con adicción a la cocaína o a los opiáceos podrían presentar mayor prevalencia de HMB profundas en comparación con los controles y que la intensidad de los cambios sería mayor en los consumidores de cocaína. Asimismo, debido a que los estrógenos posiblemente protejan ante el desarrollo de HMB, los autores también investigaron si las mujeres con toxicomanías tienen menor grado de HMB en comparación con los hombres. Con estos objetivos, evaluaron la intensidad y prevalencia de HMB en casos y controles.

La muestra comprendió 32 sujetos consumidores de cocaína, 32 personas adictas a los opiáceos y 32 controles. Los focos de hiperintensidades en la materia blanca profunda fueron valorados de acuerdo con la clasificación de Fazekas: grado 0 = ausencia, 1 = foco punteado, 2 = comienzo de la confluencia del foco, 3 = área de confluencia extensa. Los sujetos con grado 1 de HMB fueron a su vez clasificados de acuerdo con la versión modificada de la clasificación de Coffey: grado 1-1 (1 o 2 lesiones y cada una con < 5 mm de diámetro), grado 1-2 (menos de 10 lesiones con diámetros de 5 a 10 mm), grado 1-3 (10 o más HMB o al menos una lesión de más de 10 mm).

Los focos de hiperintensidad en la materia blanca periventricular también fueron clasificados según la clasificación de Fazekas: 0 = ausencia, 1 = línea delgada, 2 = "halo", 3 = HMB periventricular irregular que se extiende hacia la materia blanca profunda. Las localizaciones de las HMB profundas comprendieron las áreas frontal, temporal, parietal, occipital y regiones insulares, en tanto que la materia gris subcortical, frontal y no frontal para las HMB periventriculares. En los dos grupos de casos, la intensidad de las HMB fue mayor en comparación con los controles. Los sujetos con adicción a la cocaína evidenciaron mayor intensidad de las HMB respecto de los consumidores de opiáceos (OR = 2.54). En cuanto a las HMB profundas, en el grupo con adicción a la cocaína la intensidad fue superior a la del resto de la muestra (OR = 3.25 y 9.45, respectivamente). Para las HMB insulares, los consumidores de cocaína presentaron lesiones más intensas en comparación con los otros dos grupos (OR = 4.67 y 4.38, respectivamente).

En el caso de las HMB periventriculares los hallazgos no arrojaron diferencias entre los tres grupos. En orden descendente según la frecuencia, las HMB profundas se localizaron en los lóbulos frontal, parietal, ganglios basales y lóbulo temporal (cocaína). Las lesiones fueron bilaterales en la mayoría de los casos y controles. Por otra parte, las HMB periventriculares se encontraron en las áreas frontales y fueron bilaterales. El análisis estadístico reveló que la edad fue un factor pronóstico importante de la presencia de HMB (OR = 1.08).

Por último, las mujeres consumidoras de cocaína u opiáceos tendieron a presentar HMB profundas menos intensas en comparación con los hombres. El hallazgo se debió principalmente a la diferencia en las HMB profundas en los sujetos adictos a la cocaína.

Los autores registraron mayor prevalencia de hiperintensidades en la materia blanca en consumidores de cocaína y opiáceos respecto de los controles, así como lesiones más intensas en los individuos consumidores de cocaína. La diferencia podría deberse a que la cocaína induce isquemia con mayor frecuencia, mediante vasoconstricción, y de forma más intensa que los opiáceos.

Por otra parte, la cocaína y los opiáceos ejercen distintas influencias en los receptores de dopamina y opiáceos. Finalmente, los opiáceos pueden activar el óxido nítrico, con efectos protectores vasculares. Los presentes hallazgos podrían ser utilizados para la clasificación de la población con toxicomanías o como índices de gravedad cuando se evalúa la importancia clínica de estas lesiones. Los estudios con mediciones seriales de las variaciones en las hiperintensidades de la materia blanca, con trabajos colaterales de la función clínica o cognitiva permitirán profundizar en las consecuencias clínicas de los hallazgos expuestos.

23 - Duloxetina a 60 mg, Una Vez por Día, para el Trastorno Depresivo Mayor: Un Estudio Aleatorizado, Doble Ciego, Controlado con Placebo

Detke MJ, Lu Y, Goldstein DJ y colaboradores

Journal of Clinical Psychiatry 63(4):1-8, Abr 2002

El trastorno depresivo mayor continúa siendo un problema de salud importante. Desafortunadamente, la evidencia indica que muchas de las estrategias terapéuticas actuales logran la remisión sólo en un tercio de los casos. La experiencia clínica avala el concepto del aumento simultáneo de la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica como herramienta eficaz en el tratamiento de la depresión. En la presente experiencia, los autores compararon la eficacia de la duloxetina, que ejerce una doble inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y de los síntomas físicos asociados.

La muestra fue conformada por 245 pacientes en quienes el diagnóstico de la entidad fue confirmado mediante la Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Por otra parte, la gravedad inicial se definió por las puntuaciones en la Escala de Hamilton de Clasificación de la Depresión de 17 ítem (HAM-D-17) y la escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S). El estudio incorporó periodos de tratamiento de duración variable, con modalidad doble ciego. Los pacientes fueron distribuidos en forma aleatoria para recibir placebo o 60 mg diarios de duloxetina durante 9 semanas. El parámetro de evaluación primaria comprendió la puntuación total de la HAM-D-17, registrada en todos los controles. Los parámetros secundarios registrados incluyeron la CGI-S, escalas visuales análogas (EVA) para dolor y la Escala de Impresión Global de Mejoría según el Paciente (PGI-I). Asimismo, los investigadores aplicaron la Escala de Calidad de Vida en la Depresión (QLDS) al inicio y después de 9 semanas de tratamiento. Los parámetros de seguridad evaluados incluyeron los efectos adversos consignados por el paciente, dosificación del fármaco, agentes concomitantes, peso, presión arterial en decúbito dorsal, frecuencia y los resultados de las pruebas de laboratorio químicas y hematológicas.

El análisis reveló que la mejoría fue significativamente mayor en el grupo tratado con duloxetina, fenómeno que comenzó a las 2 semanas del tratamiento y que se mantuvo hasta el final de la experiencia. A las 9 semanas, las probabilidades estimadas de respuesta y remisión también fueron significativamente mayores en quienes recibieron droga activa. La probabilidad estimada de remisión ascendió al 44% en este grupo, valor que casi triplicó el observado en el grupo placebo. Las tasas de respuesta correspondientes alcanzaron el 45% y 23%, y las de remisión fueron del 31% y 15%, respectivamente. Los pacientes que recibieron droga activa exhibieron una mejora notablemente superior en los 5 subfactores evaluados de la HAMD-17 (ansiedad, factor central, retardo, Maier y sueño). En este grupo también se produjo una disminución importante del ítem 13 de la HAM-D-17, "síntomas somáticos (generales)", que explora más específicamente los síntomas físicos dolorosos como lumbalgia, cefalea y mialgias. Asimismo, quienes recibieron duloxetina experimentaron una mejoría general notablemente superior según los médicos (CGI-S) y los pacientes (PGI-I), así como la optimización de la calidad de vida, medida por la QLDS. El análisis de las EVA reveló que la mejoría de 5 de los 6 parámetros (dolor generalizado, lumbalgia, mialgia, interferencia con las actividades cotidianas y cantidad de tiempo con dolor durante la vigilia) fue superior en los sujetos tratados con droga activa. Al final del tratamiento, la duloxetina fue significativamente superior que el placebo para lumbalgia y marginalmente superior para dolor general, cefaleas, dolor en hombros y tiempo con dolor durante la vigilia. Por otra parte, el 13.8% y el 2.5% de los grupos duloxetina y control

interrumpieron el tratamiento debido a los efectos adversos como eyaculación anormal, erupción cutánea y somnolencia. Las diferencias en la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el peso y los valores de laboratorio carecieron de importancia clínica.

Los presentes resultados confirman y amplían los de experiencias previas al demostrar que la duloxetina en una dosis diaria de 60 mg es eficaz, segura y bien tolerada en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y de los síntomas físicos dolorosos que acompañan a la depresión. En el mecanismo de acción de la droga como inhibidor de doble acción radicaría su eficacia en el tratamiento de síntomas depresivos tradicionales y dolorosos.

24 - Opciones Disponibles Actualmente para Tratar la Enfermedad de Alzheimer Avanzada

Voisin T, Reynish E, Portet, F y colaboradores

CNS Drugs 18(9):575-583, 2004

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer avanzada (EAA) representan un desafío complejo para sus médicos y las personas que los cuidan. La enfermedad de Alzheimer (EA) es una demencia degenerativa progresiva, caracterizada por una disminución gradual de la capacidad cognitiva y funcional. En sus estadios graves pueden ocurrir otras complicaciones (trastornos del comportamiento, pérdida de peso, problemas de alimentación, limitación de la movilidad) que se suman a los problemas interdisciplinarios. Los síntomas neuropsiquiátricos junto con la declinación funcional de los pacientes con enfermedad avanzada se asocian con altos niveles de estrés en quienes los cuidan y con la necesidad de internación.

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (ACE) constituyen actualmente el único tratamiento sintomático disponible para los pacientes con (EA) leve a moderada.

En Europa, los antagonistas de los receptores de NMDA –memantina– han recibido recientemente la autorización de la Unión Europea para comercializarse como tratamiento de la EA moderada o grave. Los inhibidores de la ACE se hallan al momento autorizados para el tratamiento de los pacientes de este grupo. Especialmente en el estudio canadiense sobre edad y envejecimiento, se demostró que el 50% de los pacientes pertenecían al mencionado grupo y el 90% de los sujetos internados en general estaban clasificados con EA de moderada a grave. Esto significa que gran cantidad de pacientes con esta enfermedad no recibe una medicación adecuada.

En este artículo, los autores hacen una revisión de la información disponible en la actualidad en cuanto a los tratamientos farmacológicos con que cuentan los pacientes con EAA, en particular en la enfermedad grave.

Desde el punto de vista farmacológico, existen perspectivas terapéuticas alentadoras surgidas del primer ensayo, prospectivo, aleatorizado con donepecilo en pacientes con EAA. Muchos sujetos con enfermedad grave continúan recibiendo inhibidores de la ACE debido a que el tratamiento había comenzado en estadios tempranos, en los cuales el uso de esta medicación estaba permitido. No existe actualmente ninguna razón para suspender dicho tratamiento. Los análisis *post hoc* sobre galantamina y rivastigmina también avalan la hipótesis de que los inhibidores de la ACE son probablemente eficaces en la EAA.

El antagonista de la NMDA, memantina, ha sido recientemente autorizado en Europa y en breve será lanzado en los EE.UU. para tratar la EAA y resultará el primer tratamiento alternativo a los inhibidores de la colinesterasa. Además, la combinación de la terapia con inhibidores de la ACE y memantina está bajo investigación y los resultados iniciales parecen promisorios en la EAA. Hasta ahora, muchas preguntas permanecen sin respuesta

respecto de la duración de la terapia con inhibidores de la ACE.

Más allá del ámbito de los ensayos clínicos, los problemas de validez externa de cualquier terapéutica que se traslada al mundo real son complejos e incluso más notorios en este grupo de pacientes, lo que genera dificultades para aplicar los tratamientos en la práctica diaria.

Los pacientes con demencia grave debido a EA representan una gran carga para sus familias, cuidadores y médicos, e indirectamente para la sociedad en general. Debido al amplio espectro de consecuencias que tiene la demencia grave puede postularse que los pequeños cambios en la salud de un paciente individual pueden tener una repercusión positiva sobre un gran espectro de personas. Los nuevos tratamientos, aunque tienen limitaciones, constituyen las primeras opciones positivas para los clínicos al momento de tratar las complejidades planteadas por la EAA. En el tratamiento de los estadios avanzados de esta patología parece ser importante estabilizar o disminuir la declinación cognitiva, los trastornos de comportamiento y la declinación de la capacidad funcional. Alcanzar estos objetivos podría resultar en beneficios extra para todos aquellos que cuidan a estos pacientes.

25 - Trastornos por Estrés Postraumático luego del Embarazo o del Parto

Cohen MM, Ansara D, Schei B y colaboradores

Journal of Women's Health 13(3):315-324, Abr 2004

Algunos autores han propuesto que se podría producir un trastorno por estrés postraumático (TPEPT) luego de un embarazo con problemas, trabajo de parto o nacimiento. Esta hipótesis sugiere que un nacimiento traumático o dificultoso podría actuar como un factor de estrés capaz de desencadenar los síntomas del TPEPT. Entre los factores potencialmente asociados con el desarrollo de este trastorno luego de dar a luz se incluyen variables sociodemográficas (edad, educación), el embarazo, el trabajo de parto, las intervenciones obstétricas, las expectativas en torno del parto y nacimiento, y la historia psiquiátrica previa. Investigadores del Centro de Investigación en Salud de la Mujer, Toronto, Canadá, se propusieron en este estudio analizar si un parto dificultoso se asocia con los síntomas de TPEPT.

Realizaron un análisis preliminar de 240 mujeres que dieron a luz en 6 hospitales del área de Toronto entre enero y septiembre de 1999. Las mujeres fueron invitadas a participar del estudio un día después del parto y fueron entrevistadas personalmente o vía telefónica luego de 8-10 semanas. Durante dicha entrevista se les realizaron preguntas concernientes al padecimiento de posibles síntomas asociados al TPEPT. También se las interrogó sobre su historia personal de depresión, su embarazo, su experiencia del trabajo de parto, su entorno social luego de dar a luz, los eventos traumáticos ocurridos en su vida, historias de violencia y depresión durante el embarazo. De acuerdo a las respuestas obtenidas se clasificó el padecimiento del estrés postraumático (EPT) en dos grupos: alto (cuando las mujeres respondieron afirmativamente a 3 o más de los puntos interrogados) y bajo (cuando las respuestas fueron afirmativas para menos de 3 de los puntos en cuestión). Se analizó la relación entre los factores analizados y el padecimiento de TPEPT.

El análisis multivariable reveló que ninguno de los factores relacionados con un parto dificultoso se asoció en forma significativa con puntajes elevados de EPT, con excepción del hecho de haber tenido la madre dos o más complicaciones. Otros factores predictores independientes de EPT fueron la depresión durante el embarazo, haber padecido dos o más eventos traumáticos a lo largo de la vida y un nivel elevado de ingresos.

Los resultados indican que no se logró identificar ningún factor durante el embarazo o parto que se asociara con los criterios para el diagnóstico de TPEPT luego del parto. Sin embargo, el padecimiento de síntomas asociados con este trastorno se asoció más con eventos traumáticos a lo largo de la vida o con depresión durante el embarazo. Estos datos en su conjunto sugieren que los síntomas de TPEPT estarían más relacionados con otros eventos estresantes de la vida y no con los asociados propiamente con el embarazo y el parto. Los autores resaltan que debido al bajo número de mujeres analizadas sería importante la confirmación de estos hallazgos.

26 - Examen Psicológico para la Evaluación del Dolor

Gevirtz C

Topics in Pain Management 20(3):1-6, Oct 2004

No hay nada más desconcertante para un sujeto con dolor crónico que la referencia a que el dolor es psicológico. El dolor es real, es labor profesional ayudar al paciente a que pueda sobrellevarlo. Los pacientes con dolor crónico pueden beneficiarse con la interconsulta con profesionales del área psicológica, debido a que el padecimiento, independientemente de la causa, compromete al sujeto en todos los aspectos. A menudo los pacientes con dolor crónico se presentan para tratamiento con varios problemas en forma simultánea; en especial, insomnio y fatiga.

En general los pacientes con dolor crónico presentan otras comorbilidades y alteraciones de personalidad, con mayor frecuencia que la población general. Los problemas cognitivos, que pueden corresponder a problemas de memoria y desorganización, pueden interferir con el tratamiento.

La escala P3 (*Pain Patient Profile*), permite la identificación de pacientes que experimentan disfunción emocional, asociada a manifestaciones sintomáticas dolorosas. Otros instrumentos recomendados corresponden a cuestionarios autoadministrados, basados en listas de síntomas: cefaleas, dolor cervical, dolor dorsal.

Otras escalas utilizadas permiten la determinación de síntomas de disfunción social y personal y el diseño de estrategias para el tratamiento de pacientes con dolor crónico. En ciertos exámenes, cada ítem se corresponde con una categoría específica de síntoma o actitud de depresión.

Los autores afirman que los exámenes psicológicos del dolor en estos pacientes no resultan ampliamente utilizados, aunque los especialistas recurren a ellos cuando el tratamiento farmacológico no da resultado. Sugieren emplear estas herramientas de investigación en el contexto de un enfoque apropiado para la evaluación inicial del paciente.



Información adicional en www.siiusalud.com: dirección de correspondencia, otros autores, palabras clave en inglés y español, conflictos de interés, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.