

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 media página.

13 - Prevalencia y Síntomas de Ansiedad en Residentes de Hogares para Ancianos

Smalbruge M, Pot A M, Jongenelis K y colaboradores

Journal of Affective Disorders 88(2):145-153, Oct 2005

Es poco lo que se sabe acerca de la prevalencia y las características de la ansiedad en pacientes residentes en hogares de ancianos ya que la mayoría de los datos disponibles se obtuvieron de la población general. Teniendo en cuenta que los trastornos de ansiedad (TA) inciden negativamente en el bienestar de las personas, los autores buscaron obtener información adecuada para mejorar la detección y el tratamiento de la ansiedad en los residentes de los hogares de ancianos.

La ansiedad se midió con el cuestionario *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* en una muestra de 333 residentes en salas clínicas de 14 hogares de ancianos en Holanda. Los pacientes eran mayores de 55 años, tenían un puntaje > 14 en la *Mini Mental State Examination* (MMSE) y podían comunicarse.

Los datos demográficos, psicosociales y relacionados con la salud y su cuidado se obtuvieron de las entrevistas con los participantes y de la información proporcionada por personal del establecimiento.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad fue del 5.7%, mientras que los trastornos subclínicos de ansiedad estuvieron presentes en el 4.2% de los participantes; asimismo se encontró una prevalencia de síntomas ansiosos del 29.7%. Los dos primeros se asociaron significativamente a la presencia de depresión, accidente cerebrovascular y un puntaje > 23 en la MMSE, mientras que los síntomas de ansiedad se relacionaron con una educación superior a los 6 años, con la depresión, los trastornos visuales, el dolor y con eventos vitales recientes y negativos. No se encontró asociación entre las características del cuidado de la salud y la ansiedad.

La relativamente baja prevalencia de ansiedad en esta investigación puede deberse al uso de estrictos criterios diagnósticos y a las características de los establecimientos participantes y su personal, ya que pueden generar sentimientos de seguridad que disminuyen la ansiedad. Además es posible que los pacientes excluidos por sus trastornos cognitivos, de comunicación y físicos presenten ansiedad con mayor frecuencia.

Los autores señalan que la asociación entre los síntomas ansiosos y los trastornos subclínicos de ansiedad con la presencia de depresión y un puntaje en la MMSE > 23 apoyan parcialmente la hipótesis de que la ansiedad no es un fenómeno categórico sino continuo y comentan que las intervenciones en los períodos tempranos de esta patología podrían evitar una pérdida innecesaria de calidad de vida. Por otra parte, la importante asociación entre la ansiedad y la depresión (observada en 51.5% de los pacientes) podría indicar que estos dos trastornos son distintas representaciones de la misma patología en los ancianos.

Finalmente, agregan que la ansiedad parece ser un problema común en los pacientes residentes en hogares para ancianos, por lo que sugieren comenzar un tratamiento adecuado cuando estas personas reciben un diagnóstico de trastorno de ansiedad, para evitar que la calidad de vida se vea afectada innecesariamente.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d05000.htm

14 - La Psicoterapia Disminuye la Tendencia a los "Atracones" en Pacientes Obesas

Molinari E, Baruffi M, Croci M y colaboradores

Eating and Weight Disorders 10(3):154-161, Sep 2005

Los "atracones" son una conducta alimentaria patológica que se caracteriza por la ingestión de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo ante una situación estresante. La terapia cognitiva conductual (TCC) para el tratamiento de los atracones incluye la psicoeducación, la rehabilitación nutricional, los procedimientos de control de los estímulos y las técnicas de prevención de recaídas. La reestructuración cognitiva interviene sobre la impulsividad, la regulación del estado de ánimo, la imagen corporal y la autoestima; también influye sobre el manejo del estrés, del modo de resolución de los problemas y de la reafirmación personal.

Para evaluar la eficacia de los diferentes enfoques terapéuticos en esta patología, los autores identificaron pacientes obesas con índice de masa corporal = 30 que además tenían episodios de atracones. El 19.7% de las 602 mujeres encuestadas padecía este trastorno; luego del proceso de selección de las participantes, se distribuyó al azar a las 65 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en 3 grupos terapéuticos: el primero sólo recibiría TCC, el segundo sería tratado con el antidepresivo fluoxetina, y el último recibiría una combinación de ambos enfoques terapéuticos. Además, todas las pacientes serían entrenadas a nivel nutricional en forma grupal e individual. La dosis inicial de fluoxetina (20 mg/día) se ajustó hasta 60 mg/d según la frecuencia de los atracones.

Durante las primeras 4 semanas todas las participantes fueron internadas para recibir un tratamiento dietético orientado a lograr una pérdida de peso del 5%; el régimen alimentario se continuó durante la etapa ambulatoria de 50 semanas.

Además de las entrevistas personales se aplicaron dos escalas de valoración de síntomas, al comienzo y al final del tratamiento; se vio que las personas con este trastorno de la conducta alimentaria presentaban rasgos depresivos y ansiosos, con poca capacidad de control sobre la ingesta de alimentos y tendían a reaccionar impulsivamente ante las dificultades.

De las 65 participantes iniciales, 3 abandonaron la investigación por problemas personales y 2 lo hicieron por los efectos secundarios del tratamiento farmacológico (insomnio y ansiedad). Si bien las integrantes de los 3 grupos terapéuticos redujeron la frecuencia de sus atracones a menos de 2 por semana, sólo las personas que recibieron apoyo psicológico con TCC lograron y mantuvieron una reducción de peso mayor del 5% de su peso inicial.

Los autores señalan la importancia del enfoque multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria y resaltan la trascendencia de la psicoterapia para mejorar los resultados terapéuticos en estas pacientes.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01000.htm

 Información adicional en www.siicsalud.com; autores, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.

15 - Comorbilidad Psiquiátrica y Calidad de Vida en Pacientes Asmáticos

Lavoie K, Cartier A, Labrecque M y colaboradores

Respiratory Medicine 99(10):1249-1257, Oct 2005

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en los pacientes con asma y se asocian con un peor control de este cuadro y con la calidad de vida.

El asma es uno de los cuadros respiratorios crónicos más prevalentes. Su alta carga parece relacionarse con su mal control, el cual se asocia con una mayor frecuencia de uso de broncodilatadores, alteración funcional y peor función pulmonar. La identificación de los pacientes que pueden encontrarse en un mayor riesgo de mal control de su cuadro asmático y de una peor calidad de vida, representa un importante objetivo de la investigación clínica. Varios factores psicosociales y emocionales han sido señalados como asociados a un mal control del asma y una mala calidad de vida relacionada con esta enfermedad. Entre ellos, se incluye la ansiedad, la depresión y la existencia de una inapropiada capacidad de afrontamiento del problema. Sin embargo, pocos estudios evaluaron el impacto de psicopatologías crónicas, como los trastornos psiquiátricos, en los niveles de control del asma y en la calidad de vida. Por eso, los objetivos del presente trabajo fueron evaluar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una población de pacientes adultos asmáticos, y analizar las asociaciones entre estos trastornos psiquiátricos y los niveles de control del asma y la calidad de vida relacionada con el asma.

Participaron 406 pacientes adultos asmáticos que concurrían a una clínica especializada. Cada uno de ellos fue sometido a una entrevista psiquiátrica breve y estructurada, y completó un cuestionario sobre control del asma y otro sobre la calidad de vida relacionada con la enfermedad. Además, informaron acerca del uso de broncodilatadores durante la semana previa, y fueron sometidos a un estudio estándar de su funcionalidad pulmonar.

Se observó que al 34% de los pacientes se le había diagnosticado por lo menos un trastorno psiquiátrico, como depresión mayor (15%), depresión menor (5%), distimia (4%), trastornos de ansiedad (12%), trastorno de ansiedad generalizado (5%) y fobia social (4%). Los pacientes con trastornos psiquiátricos mostraron peores puntajes en los cuestionarios de control del asma y de calidad de vida relacionada con el asma que aquellos que no los presentaban, e informaron mayor uso de broncodilatadores. Por su parte, no se observaron diferencias con respecto a la funcionalidad pulmonar.

Los autores concluyen que existe una alta tasa de trastornos psiquiátricos en los adultos asmáticos. Aquellos que presentan comorbilidad psiquiátrica muestran peor control del asma y peor calidad de vida relacionada. Estos hallazgos, sostienen, sugieren que el médico tratante debe considerar el posible impacto de los estados de ánimo negativos cuando analiza los niveles de control del asma e implementa estrategias terapéuticas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06009.htm

16 - Diagnóstico de los Diferentes Estados de Alteración Irreversible de la Conciencia

Wijdicks EF y Cranford RE

Mayo Clinic Proceedings 80(8):1037-1046, Ago 2005

Los estados prolongados de disminución de la conciencia son poco frecuentes y el diagnóstico diferencial de estas entidades es eminentemente clínico, ya que las neuroimágenes estructurales o funcionales y los estudios electrodiagnósticos no alcanzaron aún la suficiente especificidad o validez diagnóstica. Los pacientes con un estado vegetativo persistente (EVP)

presentan alteraciones talámicas y de la neocorteza cerebral que anulan su conciencia y, aunque las funciones conservadas del tallo cerebral les permiten abrir sus ojos, no fijan su mirada persistentemente sobre los objetos que se mueven frente a ellos. A menudo se observa una respuesta compleja a los sonidos –que no siempre requiere la participación de la corteza cerebral– y los estímulos dolorosos producen respuestas inconsistentes; se pueden provocar reflejos que ocasionan cambios faciales e incluso pueden persistir los bostezos y el rechinar de dientes como reflejos primitivos del tallo cerebral. Cuando se les remueve la traqueostomía, estos pacientes pueden emitir diversos sonidos y hasta palabras al azar. Presentan una marcada hipertonia muscular que puede acompañarse de alteraciones autonómicas como hipersecreción bronquial, taquicardia y taquipnea.

Se debe distinguir el EVP del síndrome de enclaustramiento, en el que lesiones a nivel de la protuberancia hacen que el paciente esté plenamente consciente pero le es imposible moverse, exceptuando algunos movimientos oculares voluntarios.

Los enfermos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de EVP pueden estar cursando un estado de conciencia mínima (ECM). Esta situación es 10 veces más frecuente que el EVP y se caracteriza por la presencia parcial de conciencia, aunque estos sujetos permanecen postrados, con incontinencia de esfínteres y a menudo necesitan sondas de alimentación. El seguimiento visual de los objetos en movimiento suele estar presente.

Un estado mucho menos frecuente de alteración de la conciencia es el mutismo acinético, que se caracteriza por un estado de abulia emocional, falta de respuestas y, aunque fijan espontáneamente su mirada sobre los objetos en movimiento, no los siguen. Puede haber ausencia de respuesta a los estímulos dolorosos.

Los autores finalizan indicando que el signo físico más importante desde un punto de vista clínico de los estados descritos es el diferente patrón de movimiento ocular, pero la evolución suele ser desfavorable e irreversible en la mayoría de los casos, especialmente cuando la alteración de la conciencia persiste durante más de un año. Los conocidos casos de Karen Ann Quinlan y Terry Schiavo manifestaron la complejidad del manejo profesional y familiar de los enfermos con alteraciones permanentes de la conciencia; el mantenimiento prolongado de la vida de estas personas es posible sólo por las intervenciones médicas agresivas y meticulosas que permiten la prevención y el tratamiento de las complicaciones sistémicas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05n09014.htm

17 - Tratamiento Farmacológico de la Depresión Mayor en Pacientes HIV Positivos

Pieper A y Treisman G

Drug Safety 28(9):753-762, 2005

La tasa de prevalencia de depresión mayor en los pacientes HIV positivos es alta y esta situación impacta en forma negativa en el cumplimiento del tratamiento, la calidad de vida y la evolución clínica de los pacientes. La depresión no sólo aumenta la morbimortalidad, facilita la transmisión viral y dificulta el tratamiento efectivo de la enfermedad sino que el HIV mismo aumenta el riesgo de depresión y suicidio.

Este ciclo entre depresión y HIV se agrava con las terapias antirretrovirales que se emplean para la enfermedad, ya que estas también pueden precipitar o empeorar la depresión mayor, por lo cual el tratamiento óptimo de ambas enfermedades es complicado. En los pacientes con HIV suele ser difícil distinguir la depresión mayor de otros estados emocionales y fisiológicos, que presentan síntomas similares, por lo que el diagnóstico preciso de la depresión es complejo y

esencial para evitar la exposición inapropiada de los pacientes a medicaciones psicotrópicas nocivas. Los médicos que atienden estos pacientes, deben investigar la presencia de depresión y remitirlos a los psiquiatras, cuando sea necesaria una evaluación más completa. El pilar del tratamiento de esta afección es la farmacoterapia. Los pacientes con HIV deprimidos responden de igual forma que los que no tienen HIV a la misma variedad de medicaciones antidepressivas, que incluyen agentes tricíclicos, paroxetina, fluoxetina y trazodona. Ninguna medicación antidepressiva es superior para esta clase de pacientes, sin embargo el componente más importante de la terapia es la adhesión del enfermo, la cual está muy influida por los efectos adversos de los antidepressivos. Por lo tanto se sugiere comenzar con dosis bajas de medicación hasta alcanzar lentamente la dosis terapéutica, con el fin de minimizar los primeros efectos adversos que puedan obstaculizar la adhesión del paciente.

Los antidepressivos tricíclicos son muy efectivos para tratar la depresión en estos pacientes pero presentan efectos adversos y tóxicos considerables. El problema más grave es la cardiotoxicidad que puede provocar arritmias fatales y otros trastornos, por lo que se requiere un control terapéutico de las concentraciones en sangre de los fármacos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son tan efectivos como los anteriores, con la ventaja de que presentan menor toxicidad. Los psicoestimulantes como metilfenidato y dextroamfetamina son seguros y efectivos para la terapia de la depresión especialmente en pacientes que informan fatiga importante o resistencia a otros antidepressivos más clásicos.

La terapia antirretroviral de gran actividad incluye al menos tres drogas antirretrovirales diferentes y algunas veces hasta seis. Las interacciones potenciales entre los antidepressivos y los antirretrovirales no están totalmente aclaradas, a pesar de lo cual es importante que la medicación con valor potencial significativo para tratar los trastornos psiquiátricos asociados con HIV no sea evitada en forma innecesaria.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05n09026.htm

18 - Revisan la Exactitud Diagnóstica del Trastorno de Conversión y su Comorbilidad

Chaudhry HR, Arshad N, Niaz S y colaboradores

International Psychiatry 10:17-19, Oct 2005

En la actualidad la Asociación Psiquiátrica Norteamericana incluye en el concepto de "conversión" (anteriormente llamado "histeria" o "histeria de conversión") los síntomas generalizados con pérdida o alteración del funcionamiento físico que sugieren ser expresiones de conflictos o necesidades psicológicas. Los síntomas o déficit pueden ser motores o sensoriales, convulsivos o de presentación mixta. Su aparición es más frecuente en las mujeres, en las personas con bajo nivel socioeconómico y en familiares de quienes presentan el trastorno. Pueden aparecer desde la infancia tardía hasta la juventud y su diagnóstico se ve complicado por la presencia de comorbilidades físicas o neurológicas, condiciones que no se excluyen entre sí.

El trastorno de conversión (TC) tiene un pronóstico favorable en niños y adolescentes, mientras que los síntomas crónicos no tienen buena evolución.

Debido a la escasez de información disponible al respecto, los autores investigaron la comorbilidad psiquiátrica en pacientes a quienes se les había diagnosticado TC 15 años antes del presente estudio.

Entre 1986 y 1988, 137 pacientes ambulatorios recibieron un diagnóstico de TC por un especialista en psiquiatría, de acuerdo con los criterios del DSM-III. Treinta pacientes interrumpieron el seguimiento y en 2003 se evaluó nuevamente a los 107 sujetos

restantes. Esta vez el diagnóstico estuvo a cargo de un examinador que desconocía la condición inicial de los participantes y analizó las mismas variables de acuerdo con el DSM-IV (publicado en 1994) teniendo en cuenta la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

De los 107 pacientes, 89 (83%) eran mujeres y la edad promedio al momento del diagnóstico inicial era de 23.2 ± 4.3 años; en ese momento 62 personas (58%) estaban casadas y 78 (73%) tenían antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.

En la segunda evaluación se vio que 21 pacientes (20%) todavía presentaban TC, mientras que 5% (4 sujetos) tenían epilepsia (3 con convulsiones parciales complejas y 1 con episodios tónico-clónicos). Una persona sufría una malformación arteriovenosa y 2 presentaban cefaleas vasculares. En este estudio 20 individuos (19%) padecían un trastorno depresivo mayor comórbido y 59 (55%) no cumplían los criterios del DSM-IV para ningún tipo de trastorno psiquiátrico.

A diferencia de otras investigaciones previas, no se observaron ideaciones ni intentos suicidas en estos pacientes.

Los autores señalan que el TC presenta altos niveles de comorbilidad psiquiátrica; asimismo, esta patología es más frecuente en las mujeres casadas cuyos antecedentes familiares incluyen trastornos de esta naturaleza. Sugieren también promover el mejor uso de las herramientas neurodiagnósticas para evaluar y manejar la comorbilidad en estos pacientes.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05n24012.htm

19 - Distintas Expresiones de Cuadros Depresivos Según el Sexo

Danielsson U y Johansson E

Scandinavian Journal of Primary Health Care 23(3):171-177, Sep 2005

Los médicos clínicos deben prestar atención no sólo a lo que sus pacientes manifiestan, sino también a lo que evitan decir. De esta manera, pueden contrarrestarse los patrones de sexo normativos que resaltan un cuadro de depresión en las mujeres y lo ocultan en los hombres.

Las estadísticas sobre la depresión presentan varias paradojas. Mientras que la frecuencia de su diagnóstico en las mujeres es el doble que en los hombres, la frecuencia con que éstos cometen suicidio es el doble que la correspondiente a las mujeres. Los intentos por comprender las diferencias epidemiológicas de la depresión se basaron principalmente en factores psicológicos y biológicos.

Pocos intentos se llevaron a cabo con el objetivo de examinar la depresión en términos del sexo, lo que incluye los aspectos sociopolíticos y culturales de pertenecer a uno u otro sexo. En el presente trabajo se exploró la depresión desde una perspectiva de sexo; se analizó cómo cada sexo construye su depresión y cómo los comportamientos y cogniciones de cada uno de ellos pueden arrojar luz sobre las paradójicas diferencias entre la salud mental de hombres y mujeres y su conducta suicida.

El trabajo se llevó a cabo en un centro de salud del norte de Suecia. Un total de 18 pacientes, con diagnóstico de depresión y tratamiento durante por lo menos 6 meses, fueron entrevistados en profundidad. El grupo incluyó 10 hombres y 8 mujeres de diferentes edades, profesiones, familias y contextos sociales.

Las entrevistas fueron semiestructuradas e incluían los cinco criterios clave de Malterud: definición del problema, explicación de la enfermedad, expectativas con respecto al tratamiento, experiencias en el manejo del cuadro y factores relativos a la salud.

Se observó que la experiencia de la depresión demostró similitudes entre hombres y mujeres, pero las manifestaciones externas fueron diferentes tanto entre los sexos como entre los distintos contextos socioeconómicos. Las mujeres manifestaban

verbalmente la dificultad emocional, la vergüenza y la culpa, mientras que los hombres hablaban más fácilmente de sus dificultades físicas. En ellos, la vergüenza no fue verbalizada, pero estuvo muy presente. Las mujeres de bajo nivel educativo colocaban a su familia como elemento de mayor importancia en sus vidas, mientras que los hombres con mayor educación e ingresos, señalaban en este lugar sus trabajos. Tanto las mujeres con alto nivel de educación como los hombres de bajos ingresos se consideraban comprometidos por igual con ambos factores.

Los resultados del presente trabajo demuestran que ciertas circunstancias relativas al sexo, emociones y modos de expresión pueden determinar que las mujeres presenten un riesgo de sobrediagnóstico de depresión. Al mismo tiempo, los hombres presentan un riesgo de subdiagnóstico de este cuadro, ya que, ante un trastorno psicológico, los determinantes de su sexo pueden llevarlos a permanecer en silencio o recurrir a los síntomas físicos, la agresión o el abuso de drogas.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dat046/05n28006.htm

20 - Los Efectos del Placebo en el Insomnio Primario son Importantes

Perlis ML, McCall WV, Jungquist CR y colaboradores

Sleep Medicine Reviews 9(5):381-389, Oct 2005

Las personas a quienes se administra placebo en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) experimentan con frecuencia un cambio importante, beneficioso y sostenido en el tiempo tanto en la duración total del sueño como en su período de latencia.

La mejoría clínica del insomnio durante la administración del placebo puede ser causada por seis mecanismos, solos o combinados: 1) "regresión a la media", que es la probabilidad de que una variable cambie significativamente según la gravedad de los valores basales iniciales: los cambios más importantes en la continuidad del sueño tienden a asociarse con los valores iniciales más graves; 2) el "efecto Hawthorne", que se refiere a la posibilidad de que los individuos alteren su conducta porque saben que están siendo estudiados, es especialmente notable en este tipo de ECA donde la observación es rigurosa y se asocia con el deseo de los sujetos de demostrar efectos clínicos positivos; 3) "expectación", que hace que la persona que participa en el ECA tenga más esperanzas de mejorar por el solo hecho de participar en el estudio y así mejora su tolerancia a las molestias, al reducir las preocupaciones se producen cambios psicológicos que en última instancia generan mejorías fisiológicas y refuerzos de las expectativas positivas; 4) "disonancia cognitiva", que se refiere a la contradicción que a veces demuestran las personas al manejar sus pensamientos y comportamientos en relación con sus actitudes o creencias, por ejemplo, para disminuir la idea de que participar en un ECA es una pérdida de tiempo, piensan "estoy mejorando"; 5) "factores inespecíficos": el automonitoreo, respetar los rituales para dormir y el saber que alguien más está llevando a cabo el control de sus síntomas son elementos que ayudan a propiciar el sueño, además, la regularidad circadiana de la persona mejora cuando respeta los horarios establecidos por el ECA; 6) "cambios fisiológicos producidos por el placebo" más notorios en las patologías del sistema nervioso central, tal vez inducidos por los cambios físicos (por ejemplo, hormonales y de neurotransmisores) causados por el mayor optimismo del individuo.

El efecto sostenido del uso de placebo en pacientes con insomnio podría deberse al carácter periódico de este último (posiblemente regulado naturalmente en forma homeostática): si los pacientes esperan a tomar el placebo hasta que sienten que realmente lo necesitan, es mucho más probable que lo ingieran precisamente en las noches donde hay suficiente presión homeostática para mejorar el sueño.

Los autores finalizan sugiriendo que es posible aplicar a otras patologías de sintomatología periódica la hipótesis que explicaría los efectos duraderos del placebo en el insomnio mediante la interacción y el refuerzo entre el uso a demanda de las sustancias inertes y la variación natural de los síntomas, y señalan la utilidad clínica de esta observación, de ser confirmada empíricamente.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dat045/05o25002.htm

21 - Aplicación del Cuestionario de Riesgo de Suicidio en su Versión en Español

Robles García R, Páez Agraz F, Ascencio Guirado M y colaboradores

Actas Españolas de Psiquiatría 33(5):292-297, Sep 2005

El suicidio puede definirse como la muerte autoinfligida intencionalmente y en muchos países se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en varones de 15 a 34 años. Actualmente se acepta que la identificación oportuna del riesgo de suicidio puede y debe ser una de las medidas para su prevención. Existen cuestionarios de autoaplicación, como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ), que indagan generalmente la presencia de los factores de riesgo de suicidio más importantes en niños, como intentos de suicidio previos, presencia de un trastorno del estado de ánimo como depresión y antecedentes de abuso sexual. Sin embargo, la mayoría de los cuestionarios se elaboraron en otros países y no se cuenta con su traducción al español y con los estudios de validez y fiabilidad en poblaciones hispanoparlantes.

El RSQ fue elaborado en 2001 por Horowitz y col. para permitir la identificación del riesgo de suicidio en niños por personal no especializado en salud mental. En este artículo, los autores presentan la versión en español del RSQ y determinan la validez convergente y coherencia interna de la versión en español del RSQ en una muestra de niños mexicanos.

Se seleccionó una muestra de los alumnos de quinto o sexto grado de una escuela primaria del área metropolitana de Guadalajara, cuyos padres autorizaron la participación en el estudio.

Dos investigadores tradujeron al español la versión en inglés del RSQ y resolvieron sus divergencias con la colaboración de un tercer médico psiquiatra especialista en adolescentes. A los escolares se les aplicó el RSQ junto con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Desesperanza de Beck (EDB). El RSQ consta de 14 preguntas sobre la gravedad de los factores de riesgo de suicidio en menores, en una escala de 7 puntos. La puntuación total máxima es de 34 puntos y el mayor puntaje indica mayor riesgo de suicidio.

Los estudios psicométricos de su versión en inglés demostraron una alta sensibilidad y especificidad para la detección del riesgo de suicidio en los niños por personal de enfermería del departamento de emergencias de pediatría. A partir de esta versión, los autores elaboraron una forma breve que consta de 4 ítem que puede facilitar la identificación rápida y oportuna del riesgo de suicidio por personal no especializado en salud mental. Estos 4 ítem se refieren a la conducta suicida actual, la ideación suicida pasada, la conducta autodestructiva pasada y los factores estresantes actuales que son los que mostraron mayor sensibilidad (0.98), especificidad, valor predictivo positivo (0.87) y valor predictivo negativo (0.97).

El BDI se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta la persona. El instrumento es autoaplicable y comprende 21 ítem, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de gravedad de la categoría sintomática y conductual evaluada. Los primeros 14 ítem se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos. El instrumento demostró validez y confiabilidad aceptables para su empleo en la práctica clínica y en la

investigación, y la versión en español fue psicométricamente similar a la versión original.

La EDB se elaboró para medir el grado de desesperanza con un esquema cognitivo de expectativas negativas acerca del futuro inmediato y a largo plazo. Es un instrumento estructurado, compatible para la autoaplicación o para la administración verbal por parte del médico. Consta de 20 ítem de verdadero o falso y puede implementarse en pacientes internados, en la guardia o ambulatorios. La gravedad de la desesperanza se calcula sobre la base de la sumatoria de la puntuación en el total de los ítem. La EDB demostró validez, alta coherencia interna y estabilidad temporal.

Los padres o tutores de los participantes que demostraron riesgo de suicidio fueron contactados por vía telefónica por la médica psiquiatra especialista en adolescencia para invitarlos a una consulta gratuita para evaluación y atención especializada subsiguiente.

En cuanto a la metodología estadística, la coherencia interna del RSQ se calculó sobre la base del coeficiente alfa de Cronbach para el total de los ítem del cuestionario y se calcularon coeficientes de correlación intraclassa entre los puntajes totales del instrumento y los del BDI o la EDB. Se eliminó el ítem 9 del BDI por ser idéntico a uno del RSQ para el análisis de correlación correspondiente. La presencia o ausencia de riesgo de suicidio se determinó sobre la base de la respuesta afirmativa de los niños a uno o más de los cuatro ítem que componen la versión breve del RSQ.

Participaron 88 estudiantes, con una edad promedio de 11.23 ± 0.78 años (10-13 años), el 55.7% de sexo masculino. Poco más de la mitad de los participantes cursaban quinto grado ($n = 49$, 55.7%) y el resto, sexto grado ($n = 39$, 44.3%). Los puntajes promedio en los instrumentos fueron: para el RSQ en su versión en español, 8.3 ± 9.05 ; para el BDI, 7.4 ± 6.7 , y para la EDB, 18 ± 3.3 . El índice de coherencia interna de la versión en español del RSQ fue de 0.68 y las correlaciones entre los puntajes totales del RSQ y los del BDI y la EDB fueron 0.75 ($p = 0.001$) y 0.52 ($p = 0.001$), respectivamente. Un total de 56 estudiantes (63.6%) contestaron afirmativamente a alguno de los cuatro indicadores de riesgo de suicidio del RSQ y 6 (6.81%) contestaron afirmativamente a los cuatro. A estos 6 participantes se los consideró con un riesgo de suicidio probable elevado y se los contactó antes que al resto de los niños para ofrecerles una evaluación y tratamiento especializado. Sólo uno de los 56 estudiantes con riesgo de suicidio concurrió a la consulta. Se ignora si el resto concurrió a otro tipo de servicio de atención en salud mental.

Comentan los autores que la versión en español del RSQ mostró una coherencia interna moderada y una correlación moderada a alta con otros instrumentos que evalúan ítem estrechamente vinculados con el riesgo de suicidio. Esto sugiere que el RSQ en su versión en español constituye una medida válida y confiable para la evaluación de la población mexicana. Era esperable que la correlación entre el RSQ y la medida de desesperanza fuese positiva y moderada ya que, si bien evalúan variables relacionadas, las escalas deben demostrar que miden constructos diferentes. En cambio, con el BDI se encontró una correlación positiva y más bien alta ya que probablemente se trata de fenómenos francamente –aunque no forzosamente– vinculados.

La versión en español del RSQ puede considerarse una herramienta útil para la detección oportuna del riesgo de suicidio en niños, que puede ser empleada en ámbitos educativos y en todos los niveles de atención para la salud, a fin de tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia y compatibles con la idiosincrasia de los países hispanoparlantes. Es necesario determinar en una segunda etapa de este trabajo, la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo de las versiones larga y breve del RSQ en español cuando es administrado por el personal de salud, los padres, maestros y pares.

En conclusión, la versión en español del RSQ demostró validez y confiabilidad aceptables en una muestra de estudiantes mexicanos de la escuela primaria.

22 - Comparan la Rapidez de Inicio de Acción, Eficacia y Seguridad de la Duloxetina y el Escitalopram en el Trastorno Depresivo Mayor

Nierenberg AA, Greist JH, Mallinckrodt CH y colaboradores

Póster presentado en el 44th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, 2005

La farmacoterapia ideal para la depresión, además de ser bien tolerada y efectiva, debería proporcionar rápido alivio de los síntomas. Si bien los estudios informan que la mayoría de los antidepresivos presentan un lapso de 2 a 4 semanas hasta el inicio de su acción, análisis más recientes sugieren que la venlafaxina, droga con acción antidepresiva dual y relativamente bien tolerada, podría tener un comienzo de acción más rápido que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Dado que el trastorno depresivo mayor (TDM) presenta una importante prevalencia y se asocia con discapacidad y sufrimiento y muerte, es necesario contar con estudios clínicos bien controlados para comparar la eficacia de los distintos antidepresivos disponibles. Esos ensayos deberían incluir la determinación del tiempo hasta el comienzo de la acción clínica sobre los síntomas, así como las tasas de remisión completa luego de un tiempo adecuado de tratamiento.

La duloxetina, un inhibidor selectivo con acción doble y equilibrada que actúa sobre la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), destacan los autores, debería teóricamente tener un comienzo de acción antidepresiva que fuera por lo menos tan rápido como el de los ISRS, y producir mayor tasa de remisión de la depresión en comparación con este tipo de drogas.

Este ensayo fue diseñado para comparar el tiempo hasta el comienzo de la acción antidepresiva entre el IRSN duloxetina y el ISRS escitalopram. Esta última droga se eligió para la comparación porque es un ISRS aprobado por la FDA, y relativamente bien tolerado y de rápido comienzo para la acción antidepresiva.

Los autores señalan que, hasta el presente, sólo existen ensayos controlados no aleatorizados que comparan la eficacia y seguridad de estas 2 drogas.

Se realizó un estudio clínico multicéntrico, aleatorizado, a doble ciego, controlado con placebo de 8 semanas de duración. Los participantes fueron aleatorizados en relación 2:2:1 para recibir dosis fijas de duloxetina 60 mg/día, escitalopram 10 mg/día o placebo, y luego de las 8 semanas de tratamiento inicial se continuó con una fase de extensión con dosis flexible, a doble ciego, de 6 meses de duración.

Los participantes debían tener 18 o más años de edad y cumplir con los criterios del DSM-IV para el TDM, con puntuación total ≥ 22 en la MADRS y ≥ 4 en la CGI-S. No fueron permitidas medicaciones concomitantes con actividad primaria a nivel del sistema nervioso central.

El objetivo de evaluación primario del ensayo fue comparar el tiempo hasta el comienzo de acción para la eficacia antidepresiva de 60 mg diarios de duloxetina, con respecto a la administración de 10 mg de escitalopram una vez por día. El comienzo de acción fue definido como la obtención de una disminución del 20% desde los valores basales en la subescala de Maier de la HAMD-17, y el mantenimiento o aumento de ese descenso en las visitas siguientes durante todo el período de tratamiento agudo.

La evaluación primaria de la eficacia se realizó mediante la subescala de Maier, que determina los síntomas centrales de la depresión e incluye los tópicos de la HAMD-17: 1 (decaimiento del ánimo), 2 (culpa), 7 (trabajo y actividades), 8 (retardo psicomotor), 9 (agitación) y 10 (ansiedad psíquica).

La evaluación secundaria de eficacia se llevó a cabo por la puntuación total de las escalas HAMD-17, HAM-A, CGI-S y PGI-I. Para los análisis estadísticos se incluyeron todos los pacientes que tenían por lo menos un control basal y uno posterior.

La edad de los pacientes en el grupo de tratamiento con

duloxetina fue significativamente más baja que en el grupo con escitalopram, si bien no se observaron otras diferencias significativas en los datos demográficos basales o en el perfil psiquiátrico de los individuos.

El comienzo de acción a las 2 semanas fue del 42.6% para los pacientes tratados con duloxetina, en comparación con el 35.2% para los que recibieron escitalopram ($p = 0.97$).

El objetivo primario en cuanto al comienzo de la acción antidepresiva tuvo un valor de $p \leq 0.01$ entre la duloxetina y el placebo, ≤ 0.001 entre el escitalopram y el placebo, y de 0.97 entre la duloxetina y el escitalopram.

Los análisis secundarios para el comienzo de la acción antidepresiva demostraron que el efecto principal del tratamiento fue similar para el área bajo la curva, al tomar en cuenta todos los momentos de las mediciones. La duloxetina fue significativamente diferente con respecto al escitalopram en cuanto al momento del comienzo de acción, con relación al efecto principal del tratamiento ($p = 0.26$).

El tiempo hasta alcanzar el inicio de acción de acuerdo con los análisis de Kaplan-Meier fue de 23 días para la duloxetina ($p = 0.32$ con respecto al escitalopram y $p \leq 0.001$ con relación al placebo), de 41 días para el escitalopram ($p < 0.05$ con respecto al placebo), y de 55 días para el placebo.

Las tasas de discontinuación del tratamiento a causa de los efectos adversos fueron similares en todos los grupos.

Los autores concluyen que la administración de 60 mg por día de duloxetina tiene un inicio de acción al menos igual al observado con 10 mg diarios de escitalopram.

Los análisis secundarios del comienzo de la eficacia demostraron ventajas de significación estadística para la duloxetina en comparación con el escitalopram. La proporción de pacientes que respondieron y que remitieron su patología con el tratamiento luego de 8 semanas, no presentó diferencias significativas entre los que recibieron el placebo, duloxetina y escitalopram.

Se hallaron diferencias de significación estadística en el HAMD-17 para la duloxetina con respecto al placebo, aunque esas diferencias no se observaron con el escitalopram.

En tanto que se observaron índices más elevados para la aparición de eventos adversos para la duloxetina, en comparación con el escitalopram y el placebo, las tasas de discontinuación debidas a esos efectos adversos no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre la duloxetina y el escitalopram, o cualquier otra droga activa o el placebo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06125021.htm

23 - Evolución de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tras 1 Año de Tratamiento con Atomoxetina

Buitelaar JK, Michelson D, Danckaerts M y colaboradores

Póster presentado en ECNP, 2004

Los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) que responden a la terapia farmacológica generalmente son tratados durante varios años, pese a que pocos estudios prospectivos analizaron el valor de la terapéutica continua en pacientes con respuesta inicial satisfactoria.

Este estudio fue efectuado para determinar la eficacia del tratamiento continuo con atomoxetina en pacientes que habían completado 1 año de farmacoterapia no estimulante para su patología. El ensayo fue de tipo multicéntrico y se llevó a cabo en diferentes instituciones de Europa, Israel, Sudáfrica y Australia. Los participantes tenían edades entre 6 y 15 años, y diagnóstico de ADHD que cumplía con los criterios del DSM-IV, confirmado por escalas específicas. Los pacientes fueron tratados aproximadamente durante 12 semanas con atomoxetina

en dosis entre 1.2 y 1.8 mg/kg/día, en dos tomas diarias, y aquellos que respondieron al tratamiento fueron asignados al azar a continuar recibiendo la droga o un placebo. Para que los niños fueran clasificados como con buena respuesta a la medicación debían presentar una disminución del 25% en la puntuación total de la ADHD RS versión IV y una calificación de 1 o 2 en la CGI-S durante 2 visitas consecutivas al finalizar 10 semanas de tratamiento.

Luego de 34 semanas de terapéutica a doble ciego, los pacientes que continuaban en el estudio y habían recibido la atomoxetina en la primera aleatorización se reasignaron al azar para continuar durante 24 semanas más con atomoxetina o con placebo.

Los métodos de análisis estadísticos se basaron en las pruebas de Kaplan-Meier, Wilcoxon, ANOVA y exacta de Fisher de acuerdo a la necesidad.

La determinación primaria para la evaluación de recaída fue el incremento en la puntuación total de la ADHD RS hasta el 90% del valor basal del estudio (comienzo de la fase aguda), y el aumento en la puntuación de la escala CGI-Severity de 2 o más categorías en 2 visitas consecutivas. Las evaluaciones secundarias se basaron en las escalas de puntuación para una serie de cuestionarios relacionados con la salud mental en la infancia.

En la primera aleatorización, durante 34 semanas luego de las 12 iniciales con atomoxetina, las tasas de recaídas fueron del 22.3% para el grupo con la droga y del 37.9% para el que recibió placebo ($p = 0.002$). En la segunda aleatorización, durante 24 semanas de tratamiento continuo luego de 34 con atomoxetina, las tasas de recaídas fueron del 2.5% para los pacientes con la droga activa y del 12.2% para los que recibieron el placebo ($p = 0.032$).

Solamente 1 paciente en cada grupo de tratamiento tuvo que discontinuarlo debido a los eventos adversos, y sólo 2 reacciones adversas fueron informadas en más del 5% de los individuos en cada grupo: cefaleas y rinofaringitis.

No se observaron diferencias significativas en el cambio estandarizado de la estatura entre los grupos durante el período posterior a la aleatorización ($p = 0.757$); sin embargo, el incremento de peso fue mayor en el grupo que recibía placebo ($p < 0.001$).

No se constataron diferencias de tratamiento clínicamente significativas en los análisis bioquímicos de rutina, en las pruebas de funcionalidad hepática, las determinaciones hematológicas, la presión arterial, ni en los intervalos QT cardíacos.

Los autores concluyen que el tratamiento continuo con atomoxetina se asocia con un mejor control de los síntomas que el observado con la discontinuación de la terapéutica, y que los pacientes con ADHD con buena respuesta a la droga es muy probable que requieran por lo menos 1 año de tratamiento.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06125022.htm



Información adicional en www.siicsalud.com: autores, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.