

Resúmenes SIIC

● VALIDACION PSICOMETRICA DE UN AUTOCUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS

San Diego, EE.UU.

El Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire resultó útil en la práctica clínica para el diagnóstico de pacientes con trastornos psicoafectivos.

Journal of Affective Disorders 85(1-2):3-16, Mar, 2005

Autores:

Akiska HS, Akiskal KK, Haykal RF y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

International Mood Center, San Diego, CA, US

Título original:

[TEMPS-A: Progress towards Validation of a Self-Rated Clinical Version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire]

Título en castellano:

TEMPS-A: Progreso Hacia la Validación de una Versión Clínica del Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire

Introducción

El Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS), ha estado vigente por al menos un cuarto de siglo. Sus antecedentes están íntimamente relacionados con el Mood Clinic Data Questionnaire (MCDQ), una herramienta clínica semi-estructurada que el primer autor de este artículo (Akiskal HS) había elaborado para recoger en forma sistemática alguna información diagnóstica sobre los pacientes de su clínica de trastornos del humor, en Memphis.

Los autores sostienen que entre los pacientes con trastornos afectivos, una descripción basada en sus rasgos de personalidad es más efectiva para reflejar el estado afectivo. Los autores también prefieren el término "temperamento" (reactividad emocional), a "trastorno de la personalidad". Ellos sostienen que el primero, comprende tanto las fortalezas como las debilidades afectivas, lo cuál le confiere un atractivo para la teoría, la investigación y la práctica.

La confusión axis I-II en los DSM III y IV El primer trabajo de los autores tuvo escasa influencia sobre la actual formulación de los tipos de personalidad, axis II, descriptos en algunos sistemas diagnóstico formales como el DSM-III y el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980;1994) y el ICD-10 (World Health Association, 1992).

Por el contrario, este trabajo fue trascendente para la formulación de los trastornos sub-afectivos, llevando a la inclusión de la ciclotimia y distimia en el axis I, donde son concebidas como trastornos afectivos de bajo grado.

La inconsistencia con que el DSM-III y el DSM-IV manejaron los temperamentos afectivos, se debió a sus dificultades para determinar la naturaleza de lo "sub-afectivo" y de los "trastornos de personalidad".

Los autores señalan que actualmente, los trastornos de personalidad fronteriza, parecen englobar muchas disfunciones afectivas, particularmente del dominio bipolar.

Barreras logísticas Otro de los dilemas que el primer autor afrontaba en su clínica, era la naturaleza inmanejable de los sistemas de caracterización del temperamento o la personalidad correspondientes a las pruebas psicométricas formales, que requerían 4 o 5 grados por cada rasgo.

Los autores también percibían que la auto-comunicación por parte de los pacientes bipolares tampoco era un método confiable. Como resultado de ello, el MCDQ que elaboraron era muy dependiente de las aptitudes profesionales de quienes tomaban la prueba.

La colaboración Pisa-Memphis-San Diego En 1987, los autores publicaron la versión completa de la prueba para evaluación del temperamento. En principio atrajo la atención, especialmente porque los temperamentos podrían ahora ser utilizados para definir "trastornos bipolares leves". Posteriormente, esta prueba fue formalmente adoptada por algunos investigadores italianos. Una década más tarde, psiquiatras provenientes de Pisa también expresaron su interés por el criterio de Akiskal-Mallya, mediante la validación psicométrica del método en una gran muestra comunitaria de pacientes jóvenes (14-25 años). Este fue el TEMPS-I, el primer instrumento de validación psicométrica que cuantifica los temperamentos afectivos en el clásico sentido alemán. Mientras tanto, en parte inspirados por el trabajo de Pisa, dos de los autores (Akiskal H y Akiskal K) reformularon los tipos depresivo e hipértímico en una versión extendida que podría ser más fácilmente implementada. Por cada rasgo, era necesario formular un grupo de preguntas específicas que lo definieran de un modo fácilmente comprensible por el entrevistado, para una mejor estandarización.

Colaboración de París Mientras en Italia progresaba la reformulación de los conceptos del "temperamento de Memphis", los psiquiatras franceses también expresaron su interés por el uso de los temperamentos afectivos. En esta colaboración dual, la versión para la traducción al francés era intermedia entre la italiana y la de San Diego. En realidad, ambas entrevistas y auto-cuestionarios fueron implementados en Francia. Posteriormente, se desarrolló en San Diego el TEMPS-A (versión auto-cuestionario), que ahora lleva el título de "Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire".

Colaboración internacional expandida El San Diego Internacional Mood Center ha colaborado con la versión alemana del TEMPS-A que fue implementada en una población representativa de su idiosincrasia. Las versiones japonesa y turca también aluden a sus propios contextos culturales. Muchos de estos investigadores pasaron un breve período de entrenamiento en San Diego. Actualmente, están por ser probadas las versiones árabe, danesa, griega, húngara, polaca, portuguesa, española y sueca.

Los autores desean que este artículo, proveniente de su clínica, sea una contribución para la práctica clínica.

Métodos

La población de pacientes (n= 405) surgió de de 2 clínicas del humor de Memphis, una de la práctica psiquiátrica privada, y la otra de la práctica en el ámbito familiar. Ambas usaron la entrevista diagnóstica semi-estructurada para la evaluación de los trastornos del humor, que había estado en uso por lo menos por dos décadas.

El 50.9% de los pacientes tenía un diagnóstico dentro del espectro bipolar, incluidos el bipolar I, bipolar II, ciclotímico y bipolar III. El resto, fundamentalmente padecía depresión mayor, distimia y trastornos de ansiedad.

El TEMPS-A era administrado en la consulta de los pacientes, los cuales de acuerdo con las definiciones del DSM-IV, padecían trastornos afectivos moderados a severos. Los pacientes estaban asintomáticos, o presentaban una patología aguda, sub-aguda o crónica.

La intención de los autores era evaluar el temperamento de los pacientes, cada vez que estos se presentaban en la consulta. En otras palabras, la intención era estandarizar esta versión del TEMPS-A para su utilización en el ámbito clínico, especialmente entre los pacientes con trastornos afectivos.

En cuanto a las características demográficas, la edad median más/ menos DE (desvío estándar) era de 42.4 más/ menos 13.2 años. El 95% pertenecía a la raza blanca, y el 62.2% era del sexo femenino.

Resultados

El trastorno ciclotímico dio cuenta de la mayor variabilidad (14%), seguido por el irritable, el hipertímico y el distímico (variabilidad combinada: 14%).

Siempre que un rasgo de personalidad fue trasladado de un temperamento original a otro, los autores señalaron donde debía ser re-clasificado.

Finalmente, los autores elaboraron un instrumento clínico de 50 ítems que constituye una versión

Discusión

Validación El intento de desarrollar una versión del TEMPS-A adecuada para uso clínico, ha resultado en promisorios resultados dentro del ámbito de los trastornos afectivos.

Es importante señalar que, en la versión corta desarrollada en una investigación sobre trastornos afectivos realizada en San Diego, el tipo ciclotímico apareció como el primer factor, dando cuenta de la mayor variabilidad.

Es satisfactorio reconocer que algunos de los tipos de temperamento caracterizados en la población de Memphis, EE.UU., coinciden con los hallazgos de diversos estudios realizados en distintas partes de Italia. Tal validación cruzada entre países, proveniente de la evaluación de sujetos sanos vs. enfermos, mediante la entrevista vs. la auto-clasificación, aporta mayor fuerza a este trabajo sobre el temperamento.

El TEMPS-A de 69 ítems propuesto para estudios ulteriores Brevemente, los autores se explayan sobre el razonamiento psico-métrico y clínico de algunos ítems, y realizan recomendaciones para su delección o re- asignación a otra sub-escala del temperamento.

Sufrimiento, trabajo y dependencia Los pacientes bipolares II, que típicamente surgen de una base ciclotímica, expresan que "han tenido vidas infelices, llenas de traumas y tragedias", que "han sufrido mucho", y que frecuentemente se sienten cansados y que son "un fracaso". Estos pacientes no sólo padecen labilidad emocional, sino también períodos de baja energía y depresión. Es por eso que los autores recomiendan incluir el ítem "he sufrido mucho en la vida" entre las características del ciclotímico.

La evidencia sugiere que los ítems "soy una persona que trabaja duro" y "puedo desarrollar muchas actividades sin sentirme cansado" son aplicables al temperamento hipertímico.

Es de señalar que el temperamento distímico prefiere "trabajar para un jefe", y desarrollar todo tipo de actividades de un modo dependiente.

Humor, exabruptos y reacciones hostiles Parece que el "explotar", aunque con posterior arrepentimiento, es característico del temperamento irritable. Estas personas tienen muchos exabruptos.

La "falta de humor" es característica de los distímicos, y "decir bromas", de los hipertímicos. La importunación en broma de los otros es característica del ciclotímico, y el humor sarcástico, del tipo irritable.

Comportamiento intrusivo y discusiones acaloradas La actitud de "meter la nariz en los asuntos de otros" es típica de los hipertímicos. Ciertamente, es una característica de los maníacos, que tienden a actitudes de excesiva confianza. Dado que los hipertímicos raramente lo reconocen, los autores recomiendan eliminar este ítem.

Las "discusiones acaloradas" deberían ser incluidas en el tipo irritable, y la "inquietud no placentera", en el ciclotímico.

La versión clínica de 50 ítems del TEMPS-A El resultado de este trabajo fue una versión de 50 ítems, relativamente carente de ambigüedades, que los autores recomiendan para su implementación en la práctica clínica.

Conclusiones

Los autores realizaron una validación psico-métrica del TEMPS-A entre los pacientes ambulatorios de una clínica de trastornos del humor. El resultado fue un instrumento adecuado para uso en psiquiatría, psicología y probablemente otros campos de la salud. Se elaboraron 2 instrumentos para uso clínico: una versión extendida de 69 ítems, que requiere análisis ulterior, y una Versión Clínica de 50 ítems, adecuada para el uso clínico inmediato.

En general, los resultados atestiguan que el sustento temperamental de los trastornos afectivos es una parte trascendente de la naturaleza humana.

● LA RESISTENCIA A LA ASPIRINA ES UN FENOMENO POCO CLARO

Ontario, Canadá

Algunos pacientes serían "resistentes" a los efectos antiplaquetarios de la aspirina, fenómeno poco comprendido y que ha suscitado debates en la comunidad científica internacional.

Medscape General Medicine 7(3), 2005

Autores:

Eikelboom J, Feldman M, Mehta SR y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Mc Master University, Ontario, Canada

Título original:

[Aspirin Resistance and Its Implications in Clinical Practice]

Título en castellano:

Resistencia a la Aspirina y Sus Consecuencias en la Práctica Clínica

Introducción

Muchas investigaciones han mostrado la efectividad de la aspirina en el tratamiento preventivo del infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. La aspirina, al inhibir en forma irreversible la agregación plaquetaria disminuye la probabilidad de la oclusión vascular. Sin embargo, en algunos estudios recientes se ha observado que existirían algunos pacientes que son "resistentes" a los efectos antiplaquetarios de este fármaco, lo que ha planteado diversos interrogantes. En 2004 un panel de expertos internacionales debatió estos temas en el marco de un encuentro previo a las American Heart Association Scientific Sessions.

Mecanismo de acción de la aspirina

En 1971 John Vane mostró que este fármaco inhibía la enzima ciclooxigenasa (COX), con lo cual se impedía la síntesis de las prostaglandinas. Posteriormente se identificaron las dos isoformas de esta enzima, la COX-1 o constitutiva y la COX-2 o inducible. Esta última se produce en el ámbito de procesos inflamatorios y dolorosos y la COX-1 interviene en el mantenimiento de funciones como la actividad plaquetaria normal o la protección gástrica. En las plaquetas, la COX-1 promueve la formación del tromboxano A₂, el que a su vez induce la agregación plaquetaria. Si bien los estudios han mostrado pocas diferencias en cuanto a la eficacia clínica de las bajas dosis respecto de las altas, estas últimas se asocian con un aumento del riesgo de hemorragias.

Pruebas de función plaquetaria

Un estudio de 2002 mostró que los niveles del 11-deshidrotromboxano B₂, un marcador de la formación de tromboxano, se asociaban con un aumento del riesgo de muerte cardiovascular. Otro ensayo posterior informó que la resistencia a la aspirina, definida a través de una prueba de agregación plaquetaria óptica, se asoció con el aumento del riesgo de muerte, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

Durante la reunión del panel de expertos antes mencionado se postularon algunos mecanismos que podrían explicar el fenómeno de la resistencia, como la falta de activación plaquetaria con las dosis bajas de aspirina, las dosis insuficientes del fármaco, e l polimorfismo de los blancos farmacológicos de la aspirina, alteraciones del gen de la COX-1 y la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

El término "resistencia a la aspirina" incluye tanto la incapacidad de la droga para inhibir la formación del tromboxano plaquetario como la imposibilidad de prolongar el tiempo de sangrado. Para algunos el término resistencia es inadecuado, otros propusieron la denominación "fracaso" del tratamiento, ya que la resistencia no diferencia con claridad la falta de eficacia de la aspirina para inhibir la COX-1 y la agregación plaquetaria dependiente de esta última y la que es resistente a la agregación independientemente de la COX.

Las pruebas de agregación plaquetaria que podrían aclarar algunos de estos interrogantes serían la agregometría turbidimétrica, agregometría por impedancia, la PFA-100, VerifyNow y otros estudios de citometría de flujo.

Debido a que se desconoce la importancia clínica de estas pruebas, es decir si pueden predecir los resultados clínicos de la resistencia a la aspirina, los médicos deberían abstenerse de alterar los tratamientos de sus pacientes en virtud de los resultados de estos estudios.

Consecuencias clínicas

Uno de los panelistas postuló que cambiar el tratamiento con aspirina en respuesta a las pruebas de función plaquetaria no sólo puede ser inapropiado, sino que puede acarrear consecuencias peligrosas para el paciente, ya que el aumento de la dosis de este fármaco se puede asociar con mayor riesgo de úlceras gastrointestinales y hemorragias en comparación con las dosis más bajas, y estas últimas, en algunos pacientes predispuestos, pueden inducir ataques de asma, hemorragias gastrointestinales y otras complicaciones.

Otro de los temas discutido fue la posible utilización de otros agentes antiplaquetarios como el clopidogrel, que ha mostrado ser tan efectivo como la aspirina para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares serios. Los expertos concluyeron que se necesitan más estudios que den cuenta de los beneficios adicionales que podría presentar el clopidogrel y de su seguridad, especialmente en lo que se refiere a las hemorragias.

En conclusión, los expertos no han logrado ponerse de acuerdo en relación con la definición de resistencia a la aspirina, los mecanismos a través de los cuales este fenómeno se manifiesta y acerca de las pruebas de laboratorio que puedan identificar a los pacientes que exhiben esta condición.

● DIFICULTADES PARA EL TRASLADO DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACION A LA PRACTICA CLINICA

Providence, EE.UU.

Resumen de la bibliografía concerniente a las dificultades para trasladar la información obtenida mediante investigaciones a la práctica clínica.

Journal of Women's Health 14(1):87-95, Ene 2005

Autores:

Col NF

Institución/es participante/s en la investigación:

Brown Medical School and Rhode Island Hospital, Providence, EE.UU.

Título original:

[Challenges in Translating Research into Practice]

Título en castellano:

Desafíos en el Traslado de la Investigación a la Práctica

Introducción

La difusión de datos y tratamientos nuevos hacia la práctica clínica es un proceso lento y escasamente comprendido. Por lo general, los facultativos son reacios a abandonar tratamientos establecidos, a pesar de que sean subóptimos, y renuentes a seguir las guías de práctica basadas en la evidencia.

La publicación y divulgación de la evidencia surgida de ensayos clínicos aleatorizados guarda poca relación con su adopción en la práctica clínica. Queda por aclarar los motivos por los cuales se producen estos fenómenos, que se observan en forma reiterada.

En este trabajo los autores revisan, en forma crítica, los modelos conceptuales que describen el camino desde la generación de datos hasta su aplicación, resumen diversos intentos por acelerar este traslado, proponen modelos alternativos y sugieren áreas que requieren investigación.

Estrategias para mejorar el traslado de la investigación

Para discutir las estrategias para mejorar el traslado de la información que se obtiene mediante la investigación, se debe distinguir entre hallazgos y herramientas. Los primeros se refieren a los

conocimientos nuevos sobre la efectividad o riesgos de una droga específica; mientras que las últimas aluden a los métodos para mejorar el empleo de las drogas, lo que comprende protocolos específicos, metodologías, tecnologías o programas de computación que podrían representar propiedad intelectual.

Las estrategias para mejorar el pasaje de los hallazgos de las investigaciones han sido enfocadas en los pacientes o en los prestadores de salud, sin analizar las interacciones entre éstos o con otros organismos.

Las intervenciones que mejoran la adhesión o el cumplimiento con la medicación han sido el centro de diversas estrategias orientadas en los pacientes. Dichas estrategias incluyen el contacto telefónico, informaciones detalladas o supervisión asistida por computadora, entre otras. Se han sugerido otros abordajes como, por ejemplo, mediante la simplificación de las dosis o la prestación de servicios de salud en el lugar de trabajo, la provisión de recipientes especiales para los comprimidos, la utilización de recompensas (como la disminución del número de visitas y del costo de tratamiento), y el aumento del compromiso de los participantes a través de recordatorios. Una revisión reciente realizada en ensayos controlados y aleatorizados sobre estas intervenciones halló que la mayoría eran complejas, trabajosas y poco efectivas. La mitad de dichas intervenciones incrementaron la adhesión de los participantes, pero sólo el 17% mejoró los resultados.

Casi todas las estrategias efectivas resultaron complejas e incluyeron combinaciones de atención más adecuada, recordatorios, automonitoreo, recompensas y terapia familiar.

Sin embargo, aun las intervenciones más efectivas tuvieron efectos modestos. Además, la rentabilidad de estos procedimientos no ha sido establecida.

Otra estrategia destinada a mejorar el pasaje de la información ha sido el incremento de la participación de los pacientes en las decisiones terapéuticas. La atención entrenada comprende intervenciones para incrementar el compromiso de los enfermos en el tratamiento, para ayudarlos a entender su historia clínica, el proceso de atención, y la relación con sus médicos. Unos pocos trabajos han sugerido que este tipo de atención puede mejorar tanto la satisfacción de los pacientes como los resultados, pero el mecanismo exacto de esta interrelación compleja no está aclarado, es trabajoso y costoso.

Estrategias centralizadas en los prestadores de salud

Aunque las guías clínicas pueden ser efectivas para el cambio de los medicamentos que se prescriben, pueden tener efectos no intencionados. Por ejemplo, la implementación de una guía clínica para el tratamiento de los trastornos de los lípidos aumentó la proporción de pacientes seleccionados, tratados y derivados apropiadamente a un especialista, pero disminuyó la búsqueda de causas secundarias de hiperlipidemia.

Modelo conceptual propuesto

El médico debe conocer las preferencias y los riesgos en los pacientes para identificar la opción óptima de tratamiento y para determinar si los beneficios superan a los riesgos. Los componentes fundamentales de este modelo incluyen la evaluación del riesgo personal y la incorporación de múltiples factores de riesgo; el vínculo entre las características de los pacientes y las de los tratamientos a implementar; la comunicación de informaciones complejas a los pacientes; la incorporación de sus preferencias, valores y factores socioculturales y afectivos; y la comunicación de los riesgos y las preferencias de los pacientes a sus proveedores de salud. También es de importancia fundamental que todas estas cuestiones encajen en el ámbito y en la realidad de la atención primaria.

En relación específica con la salud de la mujer, es importante considerar que su atención requiere un enfoque multidisciplinario y una buena comunicación entre pacientes y médicos, y entre los mismos facultativos, aunque pueden existir diferencias en el conocimiento y en la adopción de las mejores prácticas en la tarea médica diaria, lo que puede dificultar la comunicación efectiva.

Recomendaciones para investigaciones futuras

Se requiere mejorar la identificación de las mujeres que se beneficiarán a partir de un tratamiento. Desde un punto de vista económico, es necesario que las terapéuticas resulten más atractivas para el paciente (es decir, por estimulación de la demanda) y prácticas para el facultativo (con estimulación del suministro). Las áreas que necesitan investigaciones futuras pueden resumirse en las siguientes preguntas: ¿Cómo se puede comprender mejor el riesgo individual? ¿Cómo disminuir la brecha existente entre las intervenciones destinadas a los pacientes y aquellas dirigidas a los proveedores de salud? ¿Cómo reducir el abismo entre los enfoques cualitativos y los cuantitativos?

● REVISIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPEUTICA DE LA MANÍA E HIPOMANIA

San Pablo, Brasil

Revisión de las evidencias diagnósticas y terapéuticas de la manía y la hipomanía, con énfasis en el diagnóstico diferencial y los tratamientos importantes poco abordados.

Revista de Psiquiatría Clínica 32(Supl. 1):39-48, 2005

Autores:

Moreno RA, Moreno DH y Tatzke R

Institución/es participante/s en la investigación:

Departamento de Psiquiatría da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Grupo de Estudos de Doenças Afetivas do Instituto de Psiquiatría do Hospital das Clínicas da FMUSP, San Pablo, Brasil

Título original:

[Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Mania e da Hipomania no Transtorno Bipolar]

Título en castellano:

Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Manía y la Hipomanía en el Trastorno Bipolar

Introducción

Las formas típicas del trastorno bipolar (TB), la euforia-manía y la depresión, están bien caracterizadas y son reconocibles lo que permite el diagnóstico precoz y confiable. La manía es el episodio más característico y a pesar de frecuente es poco estudiada y diagnosticada. La hipomanía, la forma más leve, era desconocida por la mayoría de los clínicos y confundida con la normalidad o con trastornos de la personalidad: fronterizo, histriónico, narcisista o antisocial.

Manía

La manía afecta el estado de ánimo (expansivo o eufórico), las funciones vegetativas (sueño, cognición, psicomotricidad y nivel de energía). Un episodio clásico de manía presenta estado de ánimo expansivo o eufórico, disminuye la necesidad del sueño, incremento de la energía, de actividades placenteras, de la libido, inquietud y agitación psicomotriz. El pensamiento es más rápido, el discurso se caracteriza por verborrea y tangencialidad, las ideas pueden ser delirantes. El diagnóstico es más dificultoso cuando hay irritabilidad, ideas delirantes paranoides, agitación psicomotora y síntomas depresivos con labilidad afectiva. Cuando hay muchos síntomas depresivos se denomina episodio mixto o depresión agitada.

Hipomanía

Es un estado parecido a la manía, pero más leve, con un duración de menos de una semana. Se produce cambio del estado de ánimo habitual hacia la euforia o la irritabilidad, además de hiperactividad, parloteo, disminución de la necesidad de sueño, incremento de la sociabilidad, de la actividad física, iniciativa, actividades placenteras, libido e impaciencia. La hipomanía no requiere hospitalización.

Los estados patológicos de elevación del estado de ánimo se acompañan de varios grados de síntomas depresivos y perjuicios funcionales. En la práctica clínica, el grado de discapacidad y las alteraciones del carácter, como agresividad, agitación, psicosis, ausencia de crítica y de la capacidad de juzgar la realidad, además de los compromisos sociales y laborales, llaman la atención y llevan a la intervención médica.

Los factores que pueden interferir para no reconocer de la manía, hipomanía y los estados mixtos pueden ser: no investigar la hipomanía; confundir síntomas psicóticos con esquizofrenia o síntomas hipomaniacos con conductas normales; no diferenciar episodios mixtos de trastornos de conducta, impulsividad con bulimia o con trastornos asociados al uso de sustancias, y no consultar el informante o usar otras fuentes de datos. Los pacientes y sus familiares pueden considerar normal la hipomanía, no buscar tratamientos u olvidar relatar episodios anteriores.

Diagnóstico diferencial

La manía, en particular en las formas más graves asociadas a delirio paranoide, agitación,

irritabilidad, suele ser difícil de diferenciar de la esquizofrenia, que en general tiene más delirios no relacionados con el estado de ánimo, síntomas schneiderianos de primer orden (sonorización del pensamiento, alucinaciones auditivas), síntomas negativos como embotamiento afectivo. Las ideas delirantes de grandeza pueden aparecer en la esquizofrenia, pero sin el estado de ánimo expansivo o eufórico observado en la manía.

La hipomanía suele ser confundida con estados normales del estado de ánimo, como la alegría o la irritabilidad que suelen tener factores causales positivos o negativos (buena o mala noticia), que no son necesariamente percibidos por otros como diferentes del patrón habitual de estado de ánimo de la persona, no causan daño ni se involucran con actividades de riesgo o disminución de la necesidad de sueño.

A menudo, la hipomanía y el trastorno bipolar tipo II suelen ser confundidos con trastornos de la conducta, como el antisocial, el narcisista, el histriónico y el fronterizo. Los trastornos de personalidad suelen ser más crónicos, con inicio en la niñez y adolescencia, con peor respuesta al tratamiento medicamentoso. La manía y la hipomanía con irritabilidad deben ser diferenciadas de la depresión unipolar. En ésta el estado de ánimo depresivo suele estar presente la mayor parte del tiempo.

Se debe también hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos ansiosos que suelen acompañar las depresiones. Según Akiskal y col., las manías suelen también caracterizarse por estado de ánimo ansioso. Pero la agitación de la ansiedad generalizada es más leve que en la manía. La historia familiar de TB también ayuda en el diagnóstico diferencial. También deben diferenciarse los trastornos de control de impulsos: cleptomanía, piromanía, trastorno explosivo intermitente. Otro diagnóstico diferencial importante es con intoxicación por sustancias o con síndrome de abstinencia.

Cuadros orgánicos que suelen generar estados maníacos/hipomaníacos

La manía puede originarse por el uso de sustancias o por la abstinencia. El uso de anfetaminas o cocaína suele originar un cuadro indistinguible de la hipomanía o de la manía espontánea, así como los síntomas de la abstinencia de alcohol o de sedantes. Diversas enfermedades neurológicas como la epilepsia, así como los traumatismos craneoencefálicos, los accidentes cerebrovasculares, o aun enfermedades endocrinas o metabólicas suelen causar cuadros maníacos o hipomaníacos.

Tratamiento

El tratamiento del TB ha avanzado mucho con el uso de anticonvulsivos y, más recientemente, con los antipsicóticos atípicos. Hasta la fecha no hay un tratamiento que corrija la fisiopatología subyacente a la manía. El tratamiento medicamentoso se orienta a restaurar la conducta, controlar los síntomas agudos y prevenir nuevos episodios.

La evaluación diagnóstica es fundamental, también son de utilidad los cuestionarios de autoevaluación, las escalas de evaluación de cambios circadianos del estado de ánimo, además de los afectivogramas. Todos los pacientes deben ser interrogados sobre ideación, intención, planificación o intentos de suicidio.

Los que presenten riesgo de suicidio o violencia deben ser monitoreados de cerca y está indicada la internación hospitalaria en caso de que sean una amenaza para sí o para terceras personas, así como ante la aparición de complicaciones psiquiátricas o médicas, respuesta inadecuada o ausencia de respuesta previa al tratamiento.

El tratamiento agudo debe ser seguido por la planificación y por la ejecución del tratamiento a largo plazo, que requiere el establecimiento y el mantenimiento de una alianza terapéutica por medio de una buena relación entre médico, paciente, familia y cuidador. El psiquiatra debe estar atento a posibles cambios del estado clínico. Además es necesaria la psicoeducación del paciente, familiares o cuidador con el objetivo de brindar información sobre la enfermedad, su pronóstico y tratamiento.

Tratamiento de la manía aguda

El objetivo es controlar signos y síntomas en forma rápida y segura. La elección del tratamiento debe tener en cuenta factores clínicos como gravedad, presencia de psicosis, ciclaje rápido o episodio mixto y preferencias del paciente. Se debe dar preferencia a las medicaciones con más evidencias de acción: litio, valproato (ácido valproico, divalproato) y carbamazepina (CBZ), además de los antipsicóticos típicos como clorpromazina y haloperidol y de los atípicos olanzapina y risperidona; hay menos estudios con ziprasidona, quetiapina y aripiprazol debido a que son más nuevos.

La combinación de un antipsicótico con litio o valproato suele ser más efectiva. En los casos de manía grave se recomienda como primera opción la combinación de litio con un antipsicótico

atípico o valproato con un antipsicótico atípico (*Work Group on Bipolar Disorder*, WGBD, 2004). Para pacientes menos graves, la monoterapia con litio, valproato o un antipsicótico atípico, como la olanzapina suele ser suficiente.

El litio sigue siendo el medicamento de primera elección, presenta más estudios controlados que demuestran su eficacia en la manía/hipomanía y también en la prevención de las recurrencias. Asimismo, suele tener mejor respuesta en los episodios clásicos de manía, con estado de ánimo eufórico y sin muchos síntomas depresivos o psicóticos. Su inicio de acción es más lento al compararse con valproato y antipsicóticos (WGBD, 2004).

El valproato es el anticonvulsivo mejor estudiado en la manía aguda, demostró eficacia en 60% de los casos. Las benzodiazepinas (BDZ) clonazepam y lorazepam se estudiaron en siete ensayos clínicos controlados, aleatorizados con placebo, haloperidol y litio, aisladamente o asociados con litio. La conclusión fue que el clonazepam es útil y seguro, pero los datos acerca del lorazepam son ambiguos.

Ante la aparición de síntomas psicóticos, el clínico tiende a asociar medicamentos antipsicóticos, aunque no sean absolutamente necesarios; se debe dar preferencia a los atípicos por sus efectos colaterales más benignos. La terapia electroconvulsiva debe ser considerada para pacientes graves o resistentes al tratamiento, o cuando sea preferida por el paciente. La terapia electroconvulsiva es el tratamiento potencial para pacientes con episodios mixtos o con manía grave durante el embarazo (WGBD, 2004).

Prevención de nuevos episodios de manía

El tratamiento utilizado en la fase aguda debe continuarse en la fase de mantenimiento. Las dosis deben ser corregidas y monitoreadas en el comienzo o en intervalos de una a dos semanas; con la estabilización, la dosis debe mantenerse por largos períodos o incluso toda la vida.

Para los pacientes con recaídas durante el tratamiento es necesario optimizar las dosis, asegurando que los niveles plasmáticos sean terapéuticos o usar niveles superiores a éstos (WGBD, 2004). Los pacientes gravemente enfermos suelen necesitar por un breve período la asociación de algún antipsicótico o BDZ. Si una medicación de primera línea (litio, valproato, olanzapina) no controla los síntomas, se recomienda la adición de otra medicación de primera línea (CBZ o oxcarbazepina), adicionar un antipsicótico en caso de no estar utilizando ninguno o cambiar de antipsicótico (la clozapina suele ser particularmente eficaz en casos resistentes al tratamiento).

El único medicamento eficaz en los dos tipos de estudios medicamentosos de larga duración para el trastorno bipolar (estudios de prevención de recaídas y de profilaxis), es el litio. Se requiere cuidado con las asociaciones medicamentosas por la suma de efectos colaterales y las interacciones metabólicas de las sustancias.

Conclusiones

A pesar de que son frecuentes, la manía y la hipomanía suelen ser confundidas con otras entidades nosológicas y son comunes las fallas y errores en su diagnóstico, con demora en la instauración del tratamiento. Recientemente, nuevas opciones terapéuticas han mejorado el tratamiento de la manía aguda, pero el litio sigue siendo la primera opción para esta entidad.