

Resúmenes SIIC

● Síntomas Prodrómicos en la Esquizofrenia

Reus, España

Los síntomas prodrómicos más frecuentes fueron los delirantes, los de desorganización y los neuróticos. Respecto del sexo, los síntomas prodrómicos se distribuyen de manera uniforme

Actas Españolas de Psiquiatría 31(1):35-39 2003

Autores:

Rofes L, Bueno A, Valero J, Labad A

Institución/es participante/s en la investigación:

Unidad de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España

Título original:

[Estudio Retrospectivo de los Síntomas Prodrómicos en la Esquizofrenia]

Título en castellano:

Estudio Retrospectivo de los Síntomas Prodrómicos en la Esquizofrenia

Introducción

La tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) define la fase prodrómica de la esquizofrenia como el deterioro de la actividad antes de la fase activa. Posteriormente, la cuarta versión (DSM-IV) comenta que la fase prodrómica se manifiesta mediante un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas. Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) explica que si se mira retrospectivamente puede aparecer claramente una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general preceden al inicio de los síntomas psicóticos en meses o hasta semanas.

En 1992, Loebel y colaboradores definen el prodromo como el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas de conductas inusuales y la aparición de síntomas psicóticos. Asimismo, en 1996 Yung y McGorry definen el prodromo como el período de alteración que precede a un primer episodio psicótico. Por su parte, en 1999 Parnas define el período prodrómico como la fase inmediatamente anterior a la psicosis en que se manifiestan los primeros indicadores de la enfermedad. Por último, desde el punto de vista neurobiológico el prodromo debe significar un período de inestabilidad neurodinámica en la que un sistema se mueve de una forma de estabilidad organizativa a otra.

Hallazgos previos

Los hallazgos que se han obtenido a partir de estudios previos resultan muy uniformes. Así, en una revisión actualizada del año 2000 se hace un comentario sobre los estudios de Kraepelin (1927) sobre síntomas prodrómicos, entre los que se describen: fragmentación del pensamiento, disminución de la volición y de la respuesta emocional, abatimiento, depresión, tendencia a la distracción, falta de interés, actividad peculiar, disminución del apetito y del sueño. Por citar algunos de estos estudios, en 1984, Koehler y Sauer señalan que los síntomas básicos se centran en quejas subjetivas de deterioro en distintas áreas: cognición, emoción, motricidad, funcionamiento autonómico, sensaciones corporales, energía, percepción externa y tolerancia al estrés.

En 1995, Jackson muestra la prevalencia de síntomas prodrómicos: 75.5% de aislamiento social, 62.8% de deterioro en el desempeño, 53.3% de ideación peculiar, 33.7% de falta de iniciativa, interés o energía, 33.3% de afectividad embotada, 29% de lenguaje disruptivo, 25.5% de

conductas extrañas, 23.7% de experiencias perceptivas inusuales y 23.3% de deterioro en la higiene personal. En 1996, Yung y McGorry observan que los 9 síntomas prodrómicos más frecuentes son: disminución de la concentración y la atención, apatía, tristeza, trastornos del sueño, ansiedad, retraimiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad.

Métodos

Algunos de los motivos de interés en la identificación de los síntomas prodrómicos radican en la posibilidad de prevención, identificación de posibles marcadores biológicos y predictores de riesgo, junto con la obtención de información acerca de la patogénesis de la enfermedad.

En este estudio se evalúan los síntomas prodrómicos de una muestra de pacientes esquizofrénicos hospitalizados teniendo en cuenta 3 variables de interés: sexo, subtipo de esquizofrenia y tipo de inicio de la enfermedad.

La forma habitual de evaluación de síntomas prodrómicos es mediante un estudio retrospectivo. En este caso, la información de la muestra se extrajo de la base de datos correspondiente a las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de esquizofrenia según el CIE-9. En las historias clínicas se hace mención a los primeros síntomas, información que fue proporcionada por un familiar o persona a cargo del paciente al momento del ingreso. Estos síntomas posteriormente fueron codificados según el sistema europeo de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría (AMDP). Posteriormente, la muestra fue dividida en 2 subgrupos según el sexo, en 2 subtipos: paranoide y no paranoide y en 2 subtipos de inicio de la enfermedad: agudo e insidioso.

Resultados

La muestra incluyó un total de 689 pacientes, de los cuales el 37.3% fueron mujeres y el 62.7% varones. Con respecto a los subtipos, la distribución fue la siguiente: 48.2% de tipo paranoide y 51.8% no paranoide. En cuanto al tipo de inicio de la enfermedad un 60.4% fue insidioso respecto del 39.6% que experimentó un inicio agudo.

Los síntomas prodrómicos que se presentaron con mayor frecuencia fueron: síntomas delirantes (ideación persecutoria, ideas de perjuicio, ideas de referencia e ideación delirante), síntomas de desorganización (alteraciones de la conducta, retraimiento social, conductas extrañas y agresividad) y síntomas neuróticos (ansiedad, depresión e insomnio). Con respecto al sexo, las mujeres muestran porcentajes ligeramente mayores en los síntomas neuróticos que los hombres. Por otra parte, mientras que los síntomas de desorganización son los más frecuentes dentro del subtipo no paranoide, en el subtipo paranoide los síntomas más frecuentes son los delirantes. Por último, en las formas de inicio agudo los síntomas prodrómicos más frecuentes son los delirantes, mientras que en las formas de comienzo insidioso, los síntomas más frecuentes son los de desorganización.

Conclusiones

Los síntomas prodrómicos aparecidos con mayor frecuencia en esta muestra de pacientes esquizofrénicos son similares a los encontrados en otros estudios: ideación delirante, ya sea de persecución o perjuicio y de referencia, alteración de la conducta y conductas extrañas, aislamiento social, depresión y ansiedad. Por su parte, existe otro grupo de síntomas descritos en otras investigaciones que no aparecieron en este estudio: tendencia a la distracción, disminución de la concentración, apatía, falta de energía y deterioro en el desempeño. Estas diferencias podrían responder a fallas metodológicas, por ejemplo en el caso del deterioro en el desempeño que no se valoró como síntoma en la exploración psicopatológica utilizada. En cuanto a las diferencias entre ambos sexos, se deben destacar dos circunstancias: por un lado, la bibliografía señala que los síntomas de desorganización que podrían englobarse bajo la inespecificidad sindrómica de lo esquizoide, o bien con las características de alteración premórbida de la personalidad, son más frecuentes en hombres que en mujeres. Por el contrario, en este estudio ambas frecuencias resultaron similares, por lo que se debería profundizar en este aspecto. Por otro lado, los síntomas prodrómicos neuróticos de las mujeres son un poco más frecuentes que los de los hombres, lo que también se observa en estudios epidemiológicos comunitarios, por lo que es posible que sea un reflejo de la propia psicopatología comunitaria de la esquizofrenia. Por su parte, los síntomas delirantes son iguales en ambos sexos y es posible que correspondan en su gran mayoría a las esquizofrenias paranoides que debutan directamente con sintomatología positiva y en las cuales no suelen encontrarse diferencias en cuanto al sexo.

La diferencia entre esquizofrenia paranoide y no paranoide queda reflejada en la mayor frecuencia de síntomas delirantes, lo que duplica el porcentaje del subtipo paranoide. Entre las formas no paranoides se encuentran los subtipos hebefrénicos y simples cuyas características son precisamente los de una alteración de conducta con síntomas de desorganización, más frecuentes en el subtipo no paranoide.

En este estudio también se pudo observar una ligera tendencia superior de los síntomas neuróticos en el subtipo no paranoide, lo cual podría deberse a la inclusión del tipo esquizoafectivo que en otros estudios aparece como categoría diferenciada.

Las esquizofrenias de inicio agudo debutan con síntomas prodrómicos de tipo delirante e insidioso

y presentan una sintomatología más desorganizada. Esto concuerda con el curso natural de los cuadros esquizofrénicos representados por los mencionados síntomas prodrómicos; es decir, los cuadros paranoides aparecen de forma más aguda que los tipos desorganizados y los esquizoafectivos.

Autoevaluación de Lectura

¿En qué formas de esquizofrenia se presentan con más frecuencia los síntomas prodrómicos de tipo delirante?

- A. Subtipo no paranoide y formas de inicio agudo.
- B. Subtipo paranoide y formas insidiosas.
- C. Subtipo paranoide y formas de inicio agudo.
- D. Ninguna es correcta.

Respuesta Correcta

El Trastorno por Estrés Postraumático y el Dolor Crónico están Estrechamente Vinculados

Vancouver, Canadá.

El trastorno por estrés postraumático y el dolor crónico comparten factores predisponentes

Canadian Journal of Psychiatry 47(10):930-937 Dic 2002

Autores:

Asmundson GJ, Coons MJ, Taylor S y Katz J

Institución/es participante/s en la investigación:

Faculty of Kinesiology and Health Studies, Department of Psychology, University of Regina, Regina; Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, Canadá

Título original:

[PTSD and the Experience of Pain: Research and Clinical Implications of Shared Vulnerability and Mutual Maintenance Models]

Título en castellano:

Trastorno por Estrés Postraumático y la Experiencia del Dolor. Investigación y Consecuencias Clínicas de la Vulnerabilidad Compartida y de los Modelos de Mantenimiento Mutuo

Introducción

Con frecuencia, los pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT) presentan diversas alteraciones físicas y mentales. Estas comprenden problemas de salud físicos, aumento en el consumo de alcohol y estado de ánimo depresivo. Evidencia reciente indica que el dolor es uno de los síntomas experimentados con mayor frecuencia por parte de estos pacientes, independientemente de la naturaleza de la experiencia traumática.

Asimismo, los individuos con dolor crónico y persistente asociado con lesiones musculoesqueléticas, quemaduras graves, fibromialgia, neoplasias o sida con frecuencia presentan síntomas de TEPT. En la última década prosperaron las investigaciones sobre la relación entre el TEPT y el dolor y, en menor medida, los investigadores desarrollaron modelos para tratar de

explicar la vinculación de estas dos entidades. En la presente exposición los autores analizan la relación entre ambos trastornos, los posibles mecanismos de la asociación y las acciones dirigidas a mejorar su evaluación y tratamiento.

Definiciones

El TEPT se desarrolla luego de la exposición a una situación o evento que constituya una amenaza al bienestar del afectado o de otra persona. El DSM-IV-TR reúne los síntomas en tres grupos que comprenden la reexperimentación persistente del evento (pensamientos invasivos y pesadillas), la evitación y embotamiento emocional (restricción en los afectos) y la hiperactivación (trastornos del sueño e hipervigilancia). De acuerdo con los criterios diagnósticos de TEPT, el individuo debe haber sufrido un evento traumático con percepción de amenaza, experimentar miedo o desesperanza intensa, presentar al menos un síntoma de reexperimentación, 3 síntomas de evitación y embotamiento emocional como mínimo y al menos 2 síntomas de hiperactivación. La sintomatología debe persistir por un mes como mínimo y tiene que ser lo suficientemente intensa como para afectar la vida social y laboral. La prevalencia del síndrome en la población varía entre 7% y 12%, mientras que en ciertos grupos de riesgo (combatientes, sobrevivientes de accidentes o de agresión sexual) las cifras son notablemente superiores.

Por otra parte, el modelo médico tradicional conceptualiza el dolor como una experiencia puramente sensorial que se origina en una estimulación nociva. Los modelos contemporáneos reconocen la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en la experiencia. Asimismo, consideran el dolor como un fenómeno complejo subjetivo y de percepción que comprende dimensiones como intensidad, calidad, duración y significado personal. El dolor suele ser agudo y se produce en respuesta a una lesión tisular que motiva procesos de adaptación que facilitan el escape y promueve la conducta de recuperación. Sin embargo, en aproximadamente el 30% de los adultos en las naciones desarrolladas, la experiencia del dolor persiste por períodos prolongados, y con frecuencia produce distrés, sufrimiento y discapacidad funcional. La sintomatología está asociada además con el uso inapropiado de los servicios médicos, reclamos judiciales y ausentismo. El dolor es considerado crónico cuando perdura por más de 3 meses. Muchos pacientes con sintomatología crónica pueden presentar niveles elevados de ansiedad, conducta de evitación, labilidad emocional, trastornos en la atención e hipervigilancia de los signos dolorosos.

Superposición de síntomas

El análisis de las definiciones anteriores indica que existe cierto grado de superposición de síntomas entre el TEPT y el dolor crónico. En particular, la ansiedad y la hiperactivación, la conducta evitativa, la labilidad emocional y la atención en lo somático son frecuentes en ambas entidades. La evidencia indica que las respuestas de alarma se intensifican durante los estados de afecto negativo, en los que ambas entidades pueden ser factores contribuyentes importantes. Asimismo, las respuestas al estrés y la modulación del dolor están desreguladas en los dos trastornos. Estos hallazgos indican que el TEPT y el dolor crónico comparten similares patrones de respuesta en los dominios cognitivo, conductual y fisiológico, que en opinión de algunos investigadores indican una conexión compleja.

Prevalencia

EL TEPT y los síntomas del trastorno están asociados con un mayor número de consultas al médico por problemas de salud. También están estrechamente relacionados con dolor y discapacidad asociada, alteraciones funcionales y utilización excesiva de los servicios de salud. Numerosos estudios revelaron que los síntomas del TEPT tienden a presentarse con frecuencia en sujetos con dolor crónico y fibromialgia. Entre el 10% y el 50% de los pacientes que reciben atención médica por dolor crónico y entidades asociadas presentan síntomas del TEPT. Sin embargo, los autores estiman necesario considerar la posibilidad de que las tasas de TEPT dependan en parte en las diferentes formas en las que los pacientes con dolor crónico responden a los síntomas y a la situación en general. Así, de acuerdo con la intensidad del dolor, su grado de interferencia y el distrés afectivo que produce, los pacientes pueden adaptarse, experimentar distrés o bien son considerados disfuncionales. De acuerdo con la evidencia, la prevalencia del TEPT sería mayor en sujetos con dolor musculoesquelético crónico, considerados disfuncionales en comparación con los otros tipos de enfermos.

Mecanismos posibles

Es probable que existan factores que predispongan a una o a ambas entidades, y la sensibilidad a la ansiedad (SA) podría ser uno de los más relevantes. Este factor denota una disposición a experimentar miedo y, más específicamente, a los síntomas de ansiedad, al basarse en la creencia de que podrían tener consecuencias nocivas. Los pacientes con TEPT y dolor crónico presentan grados elevados de SA, y la intensidad de la última está asociada con la de la sintomatología del TEPT. Sobre la base de la evidencia, la SA podría ser el puente, o vulnerabilidad compartida, entre

el TEPT y el dolor crónico. La evidencia indica que la SA amplifica la intensidad de la reacción emocional, particularmente de miedo o ansiedad. Niveles elevados de SA podrían predisponer al TEPT y a la discapacidad asociada con el dolor musculoesquelético crónico. La tendencia a responder con miedo a los síntomas de ansiedad favorecería el desarrollo del TEPT y del dolor crónico. La evidencia indica que podrían existir bases genéticas para esta vulnerabilidad compartida. Ciertos factores genéticos actuarían en la SA, el TEPT y el dolor. Por otra parte, Sharp y Harvey recientemente propusieron un modelo de mantenimiento mutuo para explicar la asociación entre TEPT y dolor crónico. Esencialmente, los autores consideran que ciertos componentes del dolor crónico mantienen o exacerban los síntomas asociados con el TEPT, y a la inversa. Según el modelo, el dolor crónico sirve como recordatorio permanente del trauma y la activación desencadenada por este recuerdo promueve la evitación de situaciones asociadas con el dolor. El distrés y la discapacidad parecen tener una influencia unidireccional en el TEPT y el dolor crónico, mientras que ambas entidades estarían influidas directamente por diversos mecanismos. Estos incluyen distorsiones en la atención y razonamiento, SA, recordatorios del trauma, evitación, depresión y reducción de la actividad, ansiedad y percepción del dolor y demanda cognitiva de síntomas que limitan el empleo de estrategias de adaptación. Los autores del modelo consideran que la reducción en la evitación cognitiva y conductual y el incremento de los niveles de actividad son fundamentales. También estiman fundamental que el paciente reconozca los vínculos entre el TEPT y el dolor crónico.

Puntos sobresalientes y acciones futuras

Debido a la importancia de la asociación temporal de las dos entidades, el médico debe determinar cuál se produjo primero y el grado de relación que presentan. También es importante reconocer que probablemente el TEPT y el dolor crónico no sean trastornos distintos, sino que se encuentran estrechamente relacionados y superpuestos. Esta idea, sustentada por el trabajo empírico, sugiere diversos postulados probables de la relación entre ambas entidades. En primer lugar, si la SA elevada constituye una vulnerabilidad en el TEPT y el dolor crónico, entonces los sujetos con lesiones dolorosas tenderán a desarrollar TEPT. Por otra parte, si el dolor es un recordatorio del trauma, entonces los pacientes con TEPT y dolor deberían evitar actividades y eventos que desencadenen sensaciones dolorosas. Debido a que la ansiedad es un rasgo central del TEPT, la experiencia del TEPT podría reducir el umbral del dolor y la tolerancia. Por último, es posible que los cambios relacionados con la depresión, como la fatiga y la reducción de los niveles de actividad, exacerben o mantengan los síntomas de TEPT y dolor crónico.

Consecuencias clínicas generales

Los autores recomiendan evaluar la presencia de entidades dolorosas preexistentes en pacientes con síntomas de TEPT, así como la presencia de este último en sujetos que consultan por dolor. Para facilitar la terapia adecuada es importante considerar la presencia conjunta de ambas entidades y evaluar el grado de SA. La incorporación de estrategias para reducir la SA puede mejorar el tratamiento del TEPT y del dolor crónico. Por otra parte, los resultados de un estudio piloto indican que el propranolol podría tener cierta eficacia en el tratamiento secundario del TEPT. Independientemente del enfoque terapéutico específico, los autores enfatizan la importancia de considerar la presencia conjunta de TEPT y dolor crónico.

Conclusiones

La relación entre el trastorno por estrés postraumático y el dolor crónico requiere mayor profundización para mejorar su evaluación y tratamiento. Los autores destacan que la falta de apreciación de los vínculos entre ambas entidades perpetuará los resultados terapéuticos negativos.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué síntoma comparten los pacientes con trastorno por estrés postraumático y quienes experimentan dolor crónico?

- A. Ansiedad.
- B. Embotamiento emocional.
- C. Irritabilidad.
- D. Despersonalización.

Respuesta Correcta

Prueban Eficacia de Droga Antipsicótica

Rockville; EE.UU.

El aripiprazol aumenta el tiempo hasta la recaída y disminuye la tasa de éstas en pacientes con esquizofrenia crónica estable, con un perfil de tolerancia y seguridad favorable

The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology 12(3):S288 2002

Autores:

Carson W, McQuade R, Saha A y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Bristol-Myers Squibb, Wallingford; Bristol-Myers Squibb, Lawrenceville; Otsuka Maryland Research Institute, LLC, Rockville; EE.UU.

Título original:

[Aripiprazole Versus Placebo for Relapse Prevention in Patients with Chronic Schizophrenia]

Título en castellano:

Aripiprazol Versus Placebo para la Prevención de las Recaídas en Pacientes con Esquizofrenia Crónica

Introducción

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la prevención de las recaídas con aripiprazol comparado con placebo, a lo largo de 26 semanas, en pacientes con esquizofrenia crónica estable.

Métodos

El estudio multicéntrico, aleatorizado, a doble ciego, controlado con placebo, reunió a 310 pacientes con esquizofrenia crónica considerada estable (sin mejoría ni empeoramiento significativo en los últimos 3 meses; PANSS basal = 82). Estos pacientes fueron aleatoriamente asignados a recibir aripiprazol 15 mg/día o placebo. Las mediciones de eficacia incluyeron el tiempo hasta la recaída, el número de éstas y el puntaje PANSS total.

Resultados

El tratamiento con aripiprazol, comparado con el grupo que recibió placebo, es eficaz para incrementar el tiempo hasta la recaída, con un número significativamente inferior de pacientes con recaídas al concluir el estudio (34% en el grupo tratado con aripiprazol vs. 57% en el placebo). El tratamiento con aripiprazol produjo importante mejoría en el puntaje PANSS total y en los puntajes de la subescala positiva PANSS respecto del placebo. Tanto los sujetos del grupo de tratamiento activo como los del placebo mejoraron en el puntaje de la subescala negativa PANSS. En general, el aripiprazol fue bien tolerado, con un perfil de eventos adversos comparable al del placebo. No se observaron cambios clínicos significativos en los puntajes SAS, AIMS o Barnes Akathisia en ninguno de los 2 grupos. No hubo elevación en el plasma de los niveles de prolactina en el grupo aripiprazol en comparación con el placebo. Tampoco se observó riesgo cardíaco clínicamente importante asociado con la droga. El aumento de peso asociado con el aripiprazol fue comparable con el del placebo.

Conclusión

Se demostró que el aripiprazol aumenta el tiempo hasta la recaída y disminuye la tasa de recaídas en pacientes con esquizofrenia crónica estable, con un perfil de seguridad y tolerancia favorable, lo que constituye un importante aporte a la actual terapia antipsicótica.

Tratamiento de la Disfunción Sexual Asociada con el uso de Antidepresivos

Boston, Estados Unidos

El sildenafil mostró ser de gran ayuda en el tratamiento de la disfunción sexual asociada con el uso de antidepresivos

JAMA 289(1):56-64 Ene 2003

Autores:

Nurnberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Psychiatry, Health Sciences Center, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque; Department of Psychiatry, Arizona Health Sciences Center, Tucson; Massachusetts General Hospital, Boston; Estados Unidos

Título original:

[Treatment of Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction With Sildenafil]

Título en castellano:

Tratamiento con Sildenafil de la Disfunción Sexual Asociada con Antidepresivos

Introducción

La depresión es un problema de salud pública que afecta a las personas y su entorno, y provoca importantes pérdidas económicas.

En el caso del trastorno depresivo mayor (TDM), los pacientes no suelen tener buena adherencia a la terapia antidepresiva, principalmente por efectos adversos de las drogas tales como disfunción sexual, aumentos de peso y alteraciones del sueño.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) han reemplazado a los antidepresivos tricíclicos como agentes de primera línea, por tener una eficacia comparable, dosificación más simple, mejor tolerancia y mayor margen de seguridad. Si bien están siendo cada vez más utilizados, se reconoce que causan efectos adversos en la esfera sexual, al igual que otros antidepresivos.

La disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos (DSAA) ocurre en 30% a 70% de los pacientes que consumen IRS; por esta razón muchos interrumpen precozmente el tratamiento. Hay estudios que demuestran aumentos de las tasas de disfunción eréctil (DE) en mayores de 40 años. Entre los hombres con DE, 55% a 95% tienen síntomas de depresión, y 50% a 90% de los hombres con depresión padecen DE.

El tratamiento del TDM puede mejorar la DE asociada a la depresión así como la disfunción sexual, pero también puede provocar DSAA. Esto ocurre generalmente al principio del tratamiento y rara vez remite espontáneamente.

El citrato de sildenafil es un inhibidor selectivo y competitivo de la fosfodiesterasa tipo 5 (la principal isoenzima catabólica de GMPc en los cuerpos cavernosos), que mejora la relajación del músculo liso cavernoso aumentando la respuesta al estímulo sexual. Los estudios aleatorizados muestran que es una droga efectiva en el tratamiento de la DE de diferentes causas, incluso en aquellos pacientes con depresión.

En este estudio prospectivo, aleatorizado, a doble ciego, controlado por placebo, se examinó el tratamiento con sildenafil de pacientes con TDM en remisión, que consumían IRS y presentaban DSAA.

Métodos

El estudio se llevó a cabo simultáneamente en 3 centros, y participaron hombres de entre 18 y 55 años, con diagnóstico de TDM en remisión tratados con IRS en dosis estables por al menos 6 semanas, que presentaran DSAA por al menos 4 semanas.

Fueron incluidos 90 participantes, y sometidos a examen físico que incluyera medición de la presión arterial, electrocardiograma y análisis de laboratorio. Los voluntarios fueron aleatoriamente designados a tratamiento con sildenafil (50 mg antes de mantener relaciones, no más de una vez al día) o placebo. Se solicitó a los pacientes que tuvieran al menos dos intentos de relaciones sexuales por semana. El investigador podía decidir, en base a la eficacia y tolerancia, si la dosis debía ajustarse de una tableta a dos tabletas diarias.

La eficacia fue determinada mediante 4 herramientas de medición validadas: el *Clinical Global*

Impresion Scale adapted for Sexual Function (CGI-SF), el *IIEF*, el *Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)* y el *Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)*. Además, se realizó el *Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)*.

Resultados

La media de edad de los participantes fue de 44.9 años y recibieron tratamiento antidepresivo durante un promedio de 27 meses. Luego de aplicar los criterios de exclusión, 42 fueron tratados con sildenafil y 41 con placebo. No hubo diferencias demográficas significativas entre ambos grupos.

Los pacientes informaron los siguientes síntomas de disfunción sexual: DE (86.7%), dificultad subjetiva en la excitación (87.8%), trastornos de la libido (64.4%), retardo eyaculatorio (69.9%), falta de orgasmo (21.1%), y otras dificultades eyaculatorias u orgásmicas (5.5%). El promedio de intentos sexuales era de 8.5 por mes, con 2.8 intentos considerados exitosos.

CGI-SF

Los puntajes de los parámetros de evaluación mejoraron significativamente entre los pacientes tratados con sildenafil.

IIEF

Todos los puntajes mejoraron entre los pacientes tratados con sildenafil, especialmente en los criterios función eréctil y satisfacción durante el acto sexual y general para efectuar la valoración.

ASEX

y **MGH-SFQ** Los puntajes mejoraron significativamente en el grupo activo, en todos los ítems.

HAM-D

Tanto al inicio como al final del estudio, los puntajes en ambos grupos fueron inferiores a 10, indicando persistencia en la remisión de la depresión.

El sildenafil fue bien tolerado, siendo su principal efecto colateral la cefalea; menos frecuentemente se informó eritema, dispepsia, congestión nasal y alteraciones transitorias de la visión.

Discusión

En este estudio, 55% de los pacientes asignados a tratamiento con sildenafil informaron función sexual mejorada o muy mejorada, incluyendo función eréctil, eyaculación, orgasmo y satisfacción, en contraposición con 4% de los tratados con placebo. Los síntomas de depresión se mantuvieron en remisión en ambos grupos.

Los autores consideran que éste es el trabajo que mejores resultados aporta al compararlo con otros estudios de DSAA, a pesar de que se necesita investigar aún más para determinar si el sildenafil podría ser la droga de primera línea en el tratamiento de este trastorno.

Una limitación al estudio es que no se estableció en forma definitiva la relación causa-efecto entre antidepresivos y disfunción sexual, y otros factores podrían estar implicados (edad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, etc.). El menor efecto observado en el deseo sexual, apoya informes anteriores de que el sildenafil no aumenta directamente la libido. Los resultados no son generalizables a mujeres u otros subgrupos de pacientes.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué efecto directo no produce el sildenafil?

- A. Aumento de la libido.
- B. Mejoría de la función sexual.
- C. Mejor función eréctil.
- D. Mayor sensación de satisfacción.

Respuesta Correcta

Morbilidad Psiquiátrica Oculta: Comprueban Subdiagnóstico de Depresión y Ansiedad

Bristol, Reino Unido

La depresión y la ansiedad subdiagnosticadas aparentan ser un problema menos importante que lo estimado anteriormente

British Medical Journal 325: 1016-1017 Nov 2002

Autores:

Kessler D, Bennewith O, Lewis G y Sharp D

Institución/es participante/s en la investigación:

Division of Primary Health Care, Department of Social Medicine, and Division of Psychiatry; University of Bristol, Bristol, Reino Unido

Título original:

[Detection of Depression and Anxiety in Primary Care: Follow Up Study]

Título en castellano:

Detección de Depresión y Ansiedad en la Atención Primaria: Estudio de Seguimiento

Introducción

Hay investigaciones que muestran que los médicos generalistas no logran diagnosticar la depresión o la ansiedad en casi el 50% de los casos. Muchos de estos estudios son transversales, y fueron criticados porque, a diferencia de la atención primaria, no contienen elementos longitudinales. Además, no siempre indican si las depresiones no diagnosticadas son importantes clínicamente, o si son diagnosticadas más tardíamente, si permanecen sin diagnóstico, o si causan incapacidad.

El objetivo de este estudio fue determinar si la depresión o la ansiedad no diagnosticadas en un control general son detectadas en las consultas de seguimiento, o si son autolimitadas y no tienen importancia clínica.

Métodos

Los investigadores realizaron el seguimiento de pacientes que concurren a un centro en North Bristol, en 1997. La muestra original representaba pacientes que concurrían a cirugías matutinas y vespertinas y a todos los médicos que allí trabajaban.

Los autores llevaron a cabo entrevistas a 179 pacientes, realizando el cuestionario de salud general de 12 preguntas y la forma abreviada de la encuesta de 12 ítems. Se realizó el seguimiento del 71% (160 de 227) de los pacientes que continuaban siendo atendidos en el centro y de 43% (28 de 65) de aquellos que no lo eran más.

Los pacientes con un puntaje de 3 o más en el cuestionario de salud general eran evaluados psiquiátricamente en forma más detallada, con el programa de entrevista clínica. También fueron analizadas las historias clínicas, buscando los diagnósticos de depresión realizados, los tratamientos y las derivaciones durante el período de seguimiento.

Resultados

Los pacientes que fueron seguidos eran mayores (48.5 vs. 43.3 años), con mayor porcentaje de mujeres (76% vs. 68%), y tenían puntajes inferiores en el cuestionario de salud general (3.6, intervalo de confianza del 95%, 3-4.1, vs. 4.2, 3.5-4.9) que aquellos que no fueron seguidos (67 se negaron, 37 no pudieron ser contactados y 9 presentaron cuestionarios incompletos).

Ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

En general, los resultados del cuestionario mostraron que 88 de los 179 pacientes (49%, 42%-57%) tenía depresión o ansiedad en el estudio original, pero sólo 34 de ellos (39%, 28%-50%) tuvieron el diagnóstico en ese momento. De los 54 que no fueron diagnosticados en el estudio original, 22 recibieron el diagnóstico durante un período de tres años de seguimiento.

De los 56 pacientes diagnosticados, 38 (68%, 54%-80%) fueron tratados con antidepresivos y doce (21%, 12%-34%), derivados a psiquiatría.

El diagnóstico psicológico nunca se realizó en 32 de los 88 pacientes; dieciséis de ellos (18%, 11%-28%) tenían depresión o ansiedad de acuerdo con el cuestionario de salud general, y nunca recibieron un diagnóstico de su médico de cabecera. Estos pacientes tenían síntomas graves

(puntaje promedio de 6.4, 4.8 a 7.9). Doce (14%, 7%-23%) de los 88 pacientes sin diagnóstico eran casos según el programa de entrevista clínica, o tenían actividades diarias afectadas en forma adversa por la ansiedad o depresión, de acuerdo con la forma abreviada de la entrevista de salud.

Discusión

A pesar de que muchos pacientes con depresión no recibieron el diagnóstico en una primera consulta, la mayoría sí lo recibió en consultas subsecuentes, o se recuperaron sin ninguna intervención. Tres años después, 14% de los pacientes con depresión aún continuaban gravemente afectados, no habían recibido diagnóstico, y se podrían haber beneficiado con el tratamiento.

La prevalencia de la ansiedad y depresión (49%) estuvo de acuerdo con la alta prevalencia que se encuentra a menudo en los estudios de atención primaria. No se realizó el seguimiento de 43 de los casos sin diagnóstico, de un total de 153 casos originales, por lo que no se conoce cómo evolucionaron, pero lo más probable es que los pacientes hayan concurrido a otro centro. Esto puede indicar que es menos probable que hayan recibido un diagnóstico y tratamiento adecuado que aquellos en los que los autores realizaron seguimiento. Los investigadores pudieron haber subestimado la proporción de casos no detectados.

Este estudio de pequeñas proporciones calcula la morbilidad psiquiátrica oculta, comparado con los estudios transversales, en una forma más realista. Los médicos generalistas sienten que han sido criticados injustamente por haber pasado por alto alrededor de la mitad de los pacientes con depresión que se presentaron a consulta. Este estudio apoya este punto de vista.

La depresión no diagnosticada puede llevar a incapacidad en el largo plazo, pero el problema aparenta no ser tan importante como se consideró anteriormente.

La evidencia de que los clínicos no detectan a 1 de cada 7 pacientes con depresión tratable parece más acorde con la impresión clínica que las estimaciones hechas de 1 en 2, a pesar de lo cual se debe prestar atención a lo que sucede con los pacientes que permanecen subdiagnosticados.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué sucede con la mayoría de los pacientes que permanecen sin diagnóstico?

- A. *Son diagnosticados en consultas posteriores*
- B. *Son tratados en otros centros.*
- C. *Permanecen sin tratamiento.*
- D. *No son diagnosticados en consultas posteriores.*

Respuesta Correcta