

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie Psiquiatría

Volumen 4, Número 5, Octubre 2022

Programa SIIC de Educación Médica
Continuada (PEMC-SIIC), Coordinación Científica,
Fuentes científicas 3

Artículos Distinguidos

A - Estudio comparativo de la respuesta antipsicótica en pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia
Alexandre González Rodríguez, SIIC..... 4

Informes seleccionados

Reseñas seleccionadas

1 - Prevención de Nuevos Episodios de Trastorno Bipolar en Adultos: Revisión Sistemática y Metanálisis de Ensayos Controlados Aleatorizados
Nestsiarovich A, Gaudiot C, Tohen M y col.
European Neuropsychopharmacology
54:75-89, Ene 2022 6

2 - Tratamiento de la Psicosis en la Demencia por Cuerpos de Lewy: Enfoque Clínico Integral
Badwal K, Kiliaki S, Dugani S, Pagali S
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology
35(3):255-261, May 2022 8

3 - ¿Afectan las Intervenciones No Farmacológicas sobre el Sueño a los Síntomas de Ansiedad? Un Metanálisis
Staines A, Broomfield N, Bridges J y col.
Journal of Sleep Research 31(12):1-21, Jul 2021 10

Novedades seleccionadas

4 - Proteína C-Reactiva y Respuesta al Escitalopram en Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor
Zhou J, Zhou J, Yang J y col.
Journal of Affective Disorders 306:32-38, Jun 2022 12

5 - Trastorno por Estrés Postraumático, Depresión y Ansiedad Generalizada antes y durante la Pandemia de COVID-19
Daly M, MacLachlan M, Hyland P y col.
Journal of Affective Disorders 5:1-5, Jul 2021 14

6 - Efectos de la Pandemia por Coronavirus 2019 sobre el Contenido Delirante en Pacientes con Psicosis
Pérez-Balaguer A, Sanz-Aranguez-Ávila B, de Arce-Cordón R y col.
Revista Colombiana de Psiquiatría 1-8, Ago 2021 15

Contacto directo 17
Autoevaluaciones de lectura, Respuestas correctas 18

Conexiones Temáticas

Los artículos de Trabajos Distinguidos, Serie Psiquiatría, pueden ser aprovechados por otras especialidades. A continuación se citan las comprendidas en esta edición:

Especialidades	Artículos, números
Anatomía Patológica	..... 2
Atención Primaria	..... A, 2-6
Bioquímica	..... 4, 6
Diagnóstico por Laboratorio	..... 4, 6
Educación Médica	..... 4-6
Emergentología	..... 5, 6
Endocrinología y Metabolismo	..... 4
Epidemiología	..... 3, 5, 6
Farmacología	..... A, 1, 2, 4
Geriatría	..... A, 2
Infectología	..... 5, 6
Inmunología	..... 4
Medicina Familiar	..... 2-6
Medicina Farmacéutica	..... 2, 4
Medicina Interna	..... 1-6
Neurología	..... 1, 2, 5, 6
Salud Pública	..... 1, 3, 5



Una publicación de la

**Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)**



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Colección
Trabajos Distinguidos
Serie
Psiquiatría

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



https://siicsalud.com/cis/td-tm.php

Coordinación Científica

Andrés Zubrzycki

Consejo Superior

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)
(en actualización)

Eliás N. Abdala, Miguel Allevato,
Sebastián A. Alvano, Pablo Bazerque,
Daniela Bordalejo, Oscar Bruno,
Carlos Camilo Castrillón, Juan C.
Chachques, Luis A. Colombato (h),
Sixto R. Costamagna, Carlos Crespo,
Carlos Damin, Jorge Daruich, Eduardo
de la Hoz, Raúl A. De Los Santos,
Blanca Díez, Ricardo Drut, Roberto
Elizalde, Miguel Falasco (h), Germán
Falke, Fernando R. Filippini Prieto,
Pedro Forcada, Juan Gagliardi, María
E. Gómez del Río, Alcides Greca,
Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo
Hirschon Prado, Roberto Iérmoli,
Miguel A. Largaía, Oscar Levalle,
Daniel Lewi, Antonio Lorusso, Javier
Lottersberger, Olindo Martino¹, Jorge
Máspero, Marcelo Melero, José M.
Méndez Ribas, José Milei, Alberto
Monchablón Espinoza, Oscar Morelli,
Amelia Musacchio de Zan, Angel
Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz
Oliveri, Domingo Palmero, Rodolfo S.
Pasqualini, Ricardo Alfredo Pérez de
la Hoz, Daniel L. Piskorz, Eduardo
Pro, Guillermo Roccatagliata, Gonzalo
Rubio, Graciela B. Salis, Oscar D.
Salomón, Ariel Sánchez, Graciela
Scagliotti, Elsa Segura, Norberto A.
Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo
Trivi, José Vázquez, Juan C. Vergottini,
Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff,
Roberto Yunes, Ezio Zuffardi.

SIIC, www.siicsalud.com

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
en trámite. Hecho el depósito que establece
la ley N° 11723. Los textos que en esta
publicación se editan expresan la opinión
de sus firmantes o de los autores que han
redactado los artículos originales. En virtud
de que este material ha sido intelectualmente
compuesto por sus autores exclusivamente,
los editores y patrocinantes no son
responsables por la exactitud, precisión
y vigencia científica de la información,
opiniones y conclusiones expresadas en su
contenido. Trabajos Distinguidos/Trabalhos
Destacados y Temas Maestros son marcas
y procedimientos internacionalmente
registrados por la Sociedad Iberoamericana
de Información Científica. Prohibida la
reproducción total o parcial por cualquier
medio sin previa autorización por escrito de
la Sociedad Iberoamericana de Información
Científica (SIIC).



Información adicional en
www.siicsalud.com



Artículo completo en
www.siic.info

Fuentes científicas

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina
Acta Psychiatrica Scandinavica
Actas Españolas de Psiquiatría
Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría
y Ciencias Afines
Agencia Sistema de Noticias Científicas
(aSNC-SIIC)
Alcmeon
American Journal of Medicine
American Journal of Psychiatry
American Journal on Mental Retardation (AJMR)
Annals of Internal Medicine
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
Archives of Neurology
Australian and New Zealand Journal of
Psychiatry
British Journal of Psychiatry
British Medical Journal (BMJ)
Canadian Journal of Psychiatry
Canadian Medical Association Journal (CMAJ)
Chinese Medical Journal (CMJ)
Clinical Neuropharmacology
Clinical Psychology
Clinical Psychology: Science and Practice
Current Opinion in Neurobiology
Current Opinion in Psychiatry
Depression and Anxiety
Drugs
European Archives of Psychiatry and Clinical
Neuroscience
European Neuropsychopharmacology
General Hospital Psychiatry
German Journal of Psychiatry
International Clinical Psychopharmacology
International Journal of Psychoanalysis
International Psychogeriatrics
Jornal Brasileiro de Psiquiatria
Journal of Anxiety Disorders
Journal of Child and Adolescent
Psychopharmacology
Journal of Clinical Investigation
Journal of Clinical Psychiatry
Journal of Clinical Psychopharmacology
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology
Journal of Internal Medicine
Journal of Nervous and Mental Disease
Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry

Journal of Neuropsychiatry and Clinical
Neurosciences
Journal of Pediatric Psychology
Journal of Psychiatry and Neuroscience
Journal of Psychopharmacology
Journal of Sex Research
Journal of Studies on Alcohol
Journal of the American Academy of Child and
Adolescent Psychiatry
Journal of the American Medical Association (JAMA)
Journal of the European College of
Neuropsychopharmacology
Journal of the Formosan Medical Association
Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)
Kaohsiung Journal of Medical Sciences
Lancet
Medical Journal of Australia
Medicina (Buenos Aires)
Neurology
New England Journal of Medicine (NEJM)
Postgraduate Medical Journal
Postgraduate Medicine
Psiquis
Psychiatric Annals
Psychiatric Bulletin
Psychiatric Rehabilitation Journal
Psychiatry
Psychiatry Research-Neuroimaging
Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes
Psychology and Psychotherapy-Theory Research
and Practice
Psychosomatics
QJM: An International Journal of Medicine
Revista Argentina de Clínica Psicológica
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana
Salud(i)Ciencia – SIIC
Schizophrenia Bulletin
Science & Medicine
Scientific American
SIIC *Data Bases*
Southern Medical Journal
São Paulo Medical Journal
Tohoku Journal of Experimental Medicine
Trabajos Distinguidos de Clínica Médica
Trabajos Distinguidos de Factores de Riesgo
Trends in Neurosciences (TINS)
World Psychiatry

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos distinguidos aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

A - Estudio comparativo de la respuesta antipsicótica en pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia

Comparative study between the antipsychotic response in delusional disorder and schizophrenia

Alexandre González Rodríguez

Unidad de Esquizofrenia, Instituto Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Cibersam, Idibaps, Barcelona, España

El trastorno delirante ha sido considerado un trastorno difícil de tratar y resistente al tratamiento. El presente estudio muestra tasas de respuesta antipsicótica similares en pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia, y dosis antipsicóticas requeridas similares.

Acceda a este artículo en siicsalud

<https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/152981>

Enviar correspondencia a: A. González Rodríguez, Barcelona Clinic Schizophrenia Unit, Neuroscience Institute, Hospital Clínic of Barcelona, University of Barcelona, Barcelona, España
algonzal@clinic.ub.es



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

El trastorno delirante es un trastorno mental grave considerado como difícil de tratar y, en ocasiones, resistente al tratamiento. Los fármacos antipsicóticos son el tratamiento de elección para estos pacientes; sin embargo, la respuesta farmacológica ha sido estudiada de forma inadecuada y existen pocos estudios que lo comparen con la respuesta en pacientes con esquizofrenia, a pesar de la cercanía entre ambos trastornos.

El estudio que se llevó a cabo comparó la respuesta a los fármacos antipsicóticos entre dos grupos de pacientes. Por una parte, se analizaron pacientes con trastorno delirante, y por otra, individuos con esquizofrenia, a quienes se les realizó seguimiento durante 12 semanas. El objetivo fue comparar las tasas de respuesta entre ambos trastornos, e identificar qué sintomatología o grupos de síntomas fueron más susceptibles de mejorar con el tratamiento, tanto en pacientes con trastorno delirante como en aquellos con esquizofrenia.

Para minimizar el efecto de otras variables sobre la mejoría clínica, ambos grupos de pacientes presentaron

edades similares, eran comparables en cuanto al sexo y los años de evolución de la enfermedad, puesto que la evidencia científica apunta a que dichas variables pueden modificar la respuesta al tratamiento. Se administraron a los dos grupos escalas clínicas de evaluación que miden síntomas psicóticos, el desempeño global de los pacientes, la impresión clínica global y la ideación/conducta suicida, tanto en el momento del inicio como al final del estudio (a las 12 semanas). Dado que los pacientes con trastorno delirante han sido considerados poco adherentes a la medicación, se midieron los niveles de antipsicóticos en sangre para identificar aquellos que no tomaban la medicación, aquellos que la tomaban y aquellos que la tomaron de forma inadecuada. Este dato nos permite interpretar de forma más fiable y precisa la respuesta al tratamiento.

Para realizar las comparaciones entre dichas variables clínicas y en las escalas de medida de síntomas, se utilizaron métodos estadísticos complejos de acuerdo con la naturaleza de las variables y los objetivos del estudio.

Los resultados de la investigación mostraron que los pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia presentaron tasas de respuesta a los fármacos antipsicóticos similares, y ambos grupos no se diferenciaron en las dosis que requirieron. Es decir que el porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento fue similar entre ambos grupos, y las dosis que se necesitaron para alcanzar dicha mejoría fueron también similares en el trastorno delirante y la esquizofrenia. Estos resultados contrastan con estudios previos y revisiones que enfatizan que el trastorno

delirante responde en pocas ocasiones al tratamiento antipsicótico, y por lo tanto, al hecho de que dicho trastorno deba ser considerado resistente al tratamiento.

En el grupo total de pacientes, trastorno delirante y esquizofrenia, la mejoría en fenómenos tales como la ideación delirante y la hostilidad explicó en gran parte la mejoría global de estos sujetos debida al tratamiento farmacológico. En otras palabras, la mejoría en la ideación delirante contribuyó con un gran peso a la mejoría global de los síntomas en ambos grupos. Por lo que respecta al grupo de pacientes con trastorno delirante, la mejoría en síntomas de la esfera cognitiva, tales como la desorientación, la atención deficiente y las quejas de memoria, contribuyó de forma significativa a la mejoría global de estos individuos, dando cuenta que se trataría de un grupo de síntomas a tener especialmente en cuenta

en el tratamiento de estos pacientes. En resumen, el presente estudio concluyó que no existieron diferencias en las tasas de respuesta antipsicótica entre el trastorno delirante y la esquizofrenia, a pesar de que el primero ha sido extensamente considerado por los autores clásicos como un trastorno resistente al tratamiento antipsicótico. Además, los pacientes con trastorno delirante requirieron dosis de antipsicóticos similares a los individuos con esquizofrenia, dato que también contrasta con algunos autores que apoyan la hipótesis de que los sujetos con trastorno delirante requieren dosis más elevadas. Los conjuntos de síntomas a los que responden ambos grupos podrían diferir según el diagnóstico; los pacientes con trastorno delirante son aquellos que presentarían una mejoría más acusada en síntomas cognitivos en cuanto a la mejoría global.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022
www.siic.salud.com

El autor no manifiesta conflictos de interés

Cómo citar este artículo

González Rodríguez A. Estudio comparativo de la respuesta antipsicótica en pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia. *Trabajos Distinguidos Psiquiatría* 4(5):4-5, Oct 2022.

How to cite this article

González Rodríguez A. Comparative study between the antipsychotic response in delusional disorder and schizophrenia. *Trabajos Distinguidos Psiquiatría* 4(5):4-5, Oct 2022.

Autoevaluación del artículo

En el estudio se comparó la respuesta a los fármacos antipsicóticos en pacientes con trastorno delirante y sujetos con esquizofrenia, con un seguimiento durante 12 semanas. El objetivo fue comparar las tasas de respuesta entre ambos trastornos, e identificar qué sintomatología o grupos de síntomas fueron más susceptibles de mejorar con el tratamiento.

Los resultados del estudio mostraron que:

A, Los pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia presentaron tasas de respuesta a los fármacos antipsicóticos similares; B, La dosis que requirieron los pacientes con esquizofrenia fue superior a la que necesitaron los sujetos con trastorno delirante; C, La tasa de respuesta a los fármacos fue superior en los pacientes con trastorno delirante; D, La tasa de respuesta y la dosis de los fármacos fueron superiores en los pacientes con esquizofrenia; E, Ninguna es correcta.

Corrobre su respuesta en: www.siic.salud.com/dato/evaluaciones.php/152981

Conexiones temáticas

Los informes de *Trabajos Distinguidos* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía recomendada

González Rodríguez A, Molina Andreu O, Penadés R, Bernardo M, Catalán R. Therapeutic approach to delusional disorder based on psychopathological complexity: proposal for a decision model. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 35(2):201-2, 2015.
González Rodríguez A, Catalán R, Penadés R, Ruiz V, Torra M, Seeman, MV, Bernardo M. Antipsychotic response worsens with postmenopausal duration in women with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. En prensa.
Molina Andreu O, González Rodríguez A, Pons Villanueva A, Penadés R, Catalán R, Bernardo M. Awareness of illness and suicidal behavior in delusional disorder patients. *Archives of Clinical Psychiatry* 41(6):156-8, 2014.
González Rodríguez A, Molina Andreu O, Penadés

R, Catalán R, Bernardo M. Reproductive variables and gynaecological service use in delusional disorder outpatients. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 8(2):92-6, 2015.
González Rodríguez A, Molina Andreu O, Penadés R, Bernardo M, Catalán R. Effectiveness of long-acting injectable antipsychotics in delusional disorders with nonprominent hallucinations and without hallucinations. *International Clinical Psychopharmacology* 29(3):177-80, 2014.
González Rodríguez A, Molina Andreu O, Navarro V, Gastó C, Penadés R, Catalán R. Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Revista Brasileira de Psiquiatría* 36(2):119-24, 2014.
González Rodríguez A, Molina Andreu O, Penadés R, Catalán R, Bernardo M. Clinical significance of suicidal behavior in delusional disorder: a 44 case

series study. *Medicina Clínica (Barc)* 142(7):299-302, 2014.
González Rodríguez A, Molina Andreu O, Imaz ML, Catalán R, Bernardo M. A descriptive retrospective study on treatment and outpatient service use in a clinical group of delusional disorder patients. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 7(2):64-71, 2014.
González Rodríguez A, Studerus E, Spitz A, Rapp C, Bugra H, Aston J, Borgwardt S, Riecher-Rössler A. Gender differences in the psychopathology of emerging psychosis. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 51(2):85-92, 2014.
González Rodríguez A, Molina Andreu O, Navarro V, Gastó C, Penadés R, Catalán R. Delusional disorder: an overview of affective symptoms and antidepressant use. *The European Journal of Psychiatry* 27(4):265-276, 2013.

Amplias reseñas y trabajos de extensión convencional seleccionados de la literatura médica universal, resumidos en una o dos páginas. Los textos se redactan en español en base a las pautas de estilo editorial de los resúmenes SIIIC que sintetizamos en los siguientes principios: calidad literaria, brevedad, objetividad y fidelidad a las opiniones de los autores.

1 - Prevención de Nuevos Episodios de Trastorno Bipolar en Adultos: Revisión Sistemática y Metanálisis de Ensayos Controlados Aleatorizados

Nestsiarovich A, Gaudiot C, Tohen M y colaboradores

University of California San Diego, La Jolla; University of New Mexico Health Sciences Center, Albuquerque, EE.UU.

[Preventing New Episodes of Bipolar Disorder in Adults: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials]

European Neuropsychopharmacology 54:75-89, Ene 2022

En el trastorno bipolar, el tratamiento de mantenimiento con litio demostró mayor efecto preventivo para los nuevos episodios maníacos respecto de los nuevos episodios depresivos.

El tratamiento farmacológico indicado en la prevención de los nuevos episodios de trastorno bipolar (TBP) son el litio, los anticonvulsivos estabilizadores del estado de ánimo (AEEA) y los antipsicóticos de segunda generación (ASG). El efecto de los antidepresivos en el tratamiento a largo plazo del TBP es discutible. Si bien diversos estudios han analizado y comparado el efecto de la terapia de mantenimiento en el TBP, aún se discute cuál es el tratamiento más eficaz y seguro. La mayoría de los metanálisis previos no cubrió todos los tratamientos disponibles y, además, algunos se basaron en estudios no controlados, aleatorizados y con un seguimiento breve. Esto destaca la necesidad de una revisión actualizada y completa sobre el tema.

El objetivo de la presente revisión sistemática y metanálisis fue consolidar las pruebas sobre la terapia de mantenimiento del TBP a partir de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de alta calidad publicados hasta la fecha.

Métodos

Las fuentes de información fueron el *Cochrane Central Register of Controlled Trials* y PubMed. Se incluyeron ECA, con diseño a doble ciego, de terapia de mantenimiento (litio, AEEA, antipsicóticos de primera y segunda generación, antidepresivos y otros tratamientos) del TBP, con un seguimiento prospectivo de al menos 6 meses y con más de 30 participantes por grupo de tratamiento, publicados hasta julio de 2021. El diagnóstico de TBP se basó en los criterios estandarizados del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o de la

Clasificación Internacional de Enfermedades. Los sujetos incluidos fueron pacientes adultos, varones o mujeres, hospitalizados o ambulatorios, con cualquier tipo de TBP (I, II, no especificado). Los fármacos se administraban en monoterapia o como complemento de otros tratamientos. Los comparadores podían ser placebo o un agente psicotrópico.

Los datos se extrajeron en forma independiente. El criterio principal de valoración fue la proporción de sujetos que presentaron al menos un nuevo episodio de TBP de cualquier tipo. Además, se analizaron las tasas de nuevos episodios maníacos, mixtos y depresivos. Los *odds ratios* (OR) se calcularon con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se utilizó el modelo de efectos aleatorios de Mantel-Haenszel para ajustar la variabilidad entre los resultados de los ensayos. La heterogeneidad se calculó con la prueba de I^2 . El valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Se realizaron metanálisis separados para las monoterapias, los tratamientos complementarios, las clases de fármacos y los fármacos considerados en formar individual, así como para los subtipos maníacos y depresivos. Además, se calculó el índice de polaridad (IP) para cada tipo de tratamiento y se realizaron análisis de sensibilidad. El $IP > 1.0$ indicó un mayor efecto antimaniaco del tratamiento, antes que antidepresivo.

Resultados

Se incluyeron 22 estudios con 7773 pacientes. Trece ensayos evaluaron monoterapias (con 19 comparaciones por pares), 8 tratamientos complementarios (8 comparaciones por pares) y un ensayo comparó 2 tratamientos activos, para 28 comparaciones por pares. En todos los ensayos incluidos, los participantes primero habían recibido tratamiento por un episodio maníaco agudo o por depresión bipolar y, posteriormente, después de lograr la recuperación, la remisión o la respuesta al tratamiento, estuvieron clínicamente estabilizados durante una a 12 semanas (media: 6.7 semanas). Luego, los sujetos fueron aleatorizados a uno de los grupos de terapia de mantenimiento. La duración del seguimiento especificada de antemano varió de 24 a 104 semanas (media: 58.5 semanas).

La proporción de sujetos que presentó cualquier episodio nuevo de TBP fue significativamente menor con tratamiento activo (como monoterapia o como complemento con litio/AEEA) en comparación con placebo solo o con litio o AEEA solos (31.4% [IC 95%: 26.6 a 36.2] frente a 51.1% [IC 95%: 45.9 a 56.3], $p < 0.0001$). El agrupamiento efectuado en el metanálisis arrojó un OR de 0.40 (IC 95%: 0.34 a 0.48; $p < 0.00001$) a favor del tratamiento activo. El OR

agrupado para cualquier episodio del estado de ánimo en pacientes que recibían una monoterapia frente a placebo fue de 0.43 (IC 95%: 0.35 a 0.51; $p < 0.00001$). La heterogeneidad entre estos ensayos de monoterapia fue alta (I^2 : 63%).

El metanálisis de 8 ensayos de tratamientos complementarios halló superioridad en el tratamiento activo agregado a litio o AEEA, frente al litio o los AEEA solos en la prevención de cualquier nuevo episodio de TBP, con un OR agrupado resultante de 0.37 (IC 95%: 0.25 a 0.55, $p < 0.00001$). La heterogeneidad entre los resultados de los tratamientos complementarios también fue alta (I^2 : 74%).

La probabilidad de presentar cualquier nuevo episodio de TBP fue significativamente menor con la administración de aripiprazol, divalproato de liberación prolongada, quetiapina y olanzapina o risperidona agregados al litio o a los AEEA, en comparación con litio o AEEA solos. La reducción del riesgo entre 8 comparaciones por pares de fármacos complementarios frente al litio o los AEEA solos se encontró con el divalproato de liberación prolongada, junto con la lamotrigina y la quetiapina más litio o AEEA. El único ensayo con 2 comparadores activos favoreció de manera moderada a la olanzapina sobre el litio. Todos los fármacos estudiados demostraron eficacia significativa para prevenir el TBP. Entre los fármacos empleados en forma individual, la asenapina, la olanzapina y la quetiapina demostraron mayor eficacia sobre frente al placebo en la prevención de cualquier nuevo episodio de TBP.

La polaridad más frecuente del episodio índice del estado de ánimo fue maníaco o mixto (14/22 ensayos, 63.6%). Entre los sujetos con un nuevo episodio de TBP en todos los grupos de tratamiento, el 49.5% presentó un episodio maníaco o mixto y el 50.4%, depresión.

Los ASG como grupo fueron más eficaces en la prevención de la manía en todas las comparaciones por pares frente a placebo (OR: 0.37; IC 95%: 0.29 a 0.46, $p < 0.00001$) y tuvieron un efecto significativo en la prevención de la depresión (OR: 0.56; IC 95%: 0.41 a 0.78, $p = 0.0005$). El litio demostró eficacia significativa para prevenir tanto la manía (OR: 0.45; IC 95%: 0.28 a 0.74, $p = 0.002$) como la depresión (OR: 0.68; IC 95%: 0.51 a 0.89, $p = 0.0065$). Los AEEA demostraron un efecto significativo solo en la prevención de los episodios depresivos nuevos (OR: 0.56; IC 95%: 0.39 a 0.80, $p = 0.001$).

El IP fue de 1.38 para todos los agentes, de 2.29 para el litio y de 1.57 para los ASG, lo que indicó un efecto mayor en la prevención de la manía. Para los AEEA, el IP fue de 0.38, lo que mostró un efecto mayor en la prevención de la depresión bipolar. Según el valor de IP, el litio fue más eficaz en la prevención de la manía. El OR agrupado para todos los tratamientos fue de 0.53 (IC 95%: 0.45 a 0.63, $p < 0.00001$, I^2 : 57%) para la manía y de 0.57 (IC 95%: 0.46 a 0.71, $p < 0.00001$, I^2 : 62%) para la depresión.

El modelo de metarregresión de la tasa de nuevos episodios de TBP basado en 27 comparaciones de

fármacos frente a placebo no encontró una asociación significativa del resultado del ensayo con la clase de fármaco (ASG, AEEA, litio), la polaridad del episodio índice del estado de ánimo, la duración mínima requerida de estabilización, la duración máxima del seguimiento, el tamaño de la muestra o el año del ensayo. Entre los sujetos asignados placebo se observó una asociación inversa, débil y no significativa entre la duración de la fase de estabilización y las tasas de nuevos episodios de TBP y una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la duración del seguimiento y la tasa de nuevos episodios de TBP.

Los análisis de sensibilidad arrojaron resultados similares a los del análisis principal.

Discusión

Según los investigadores, este análisis es el más amplio acerca de terapias de mantenimiento del TBP realizado a la fecha. Debido a los estrictos criterios de elegibilidad, solo se analizaron ECA sobre litio, AEEA y ASG. Los psicotrópicos, administrados a largo plazo, durante 24 a 104 semanas, como monoterapia o en comparación con placebo o como complemento del litio o los AEEA frente al litio o los AEEA solos, demostraron ser eficaces en la prevención de los cambios en el estado de ánimo en pacientes adultos con TBP clínicamente estables (en su mayoría, con TBP tipo I), que habían respondido al tratamiento inicial a corto plazo y a la terapia de estabilización. La heterogeneidad de los resultados entre los ensayos analizados fue alta y se asoció con diferencias en las características de los sujetos, el tamaño de las muestras, los criterios y la duración de la estabilización después del episodio índice, los criterios para definir un nuevo episodio del estado de ánimo, la duración del tratamiento inicial y del seguimiento y la polaridad del episodio índice del estado de ánimo.

Entre los fármacos estudiados, los ASG tuvieron la menor probabilidad de prevenir cualquier episodio posterior del estado de ánimo de TBP en comparación con placebo, seguidos por el litio y los AEEA. Sin embargo, dado que los IC se superpusieron entre todas las clases de tratamientos, no se pudieron extraer conclusiones sobre la superioridad de los ASG. Se observó una asociación entre la polaridad del episodio índice de TBP y la polaridad del nuevo episodio de TBP. Los pacientes inicialmente maníacos tuvieron más probabilidades de presentar una nueva manía, mientras que los que presentaron inicialmente depresión tuvieron más probabilidades de tener la misma enfermedad. El litio demostró el mayor efecto preventivo para los nuevos episodios maníacos de TBP frente a los nuevos episodios depresivos, seguido de los ASG. El litio y los ASG mostraron un efecto preventivo significativo tanto para la manía como para la depresión, en tanto que los AEEA fueron eficaces de manera selectiva para prevenir solo los episodios depresivos. El tratamiento farmacológico activo tuvo un IP general de 1.38, lo que significó efectos predominantemente antimaniacos.

Conclusiones

Los resultados del presente análisis respaldan las recientes pautas de tratamiento del *International College of Neuropsychopharmacology* para el TBP en pacientes adultos, que recomiendan comenzar con monoterapia con litio, aripiprazol, olanzapina, paliperidona, quetiapina o risperidona para el tratamiento a largo plazo del TBP.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171178

2 - Tratamiento de la Psicosis en la Demencia por Cuerpos de Lewy: Enfoque Clínico Integral

Badwal K, Kiliaki S, Dugani S, Pagali S

Mayo Clinic; Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, EE.UU.

[*Psychosis Management in Lewy Body Dementia: A Comprehensive Clinical Approach*]

Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 35(3):255-261, May 2022

La carga de enfermedad asociada con la psicosis en la demencia por cuerpos de Lewy es significativamente superior respecto otros tipos de demencia. Un enfoque terapéutico eficaz incluye la disminución de anticolinérgicos y dopaminérgicos y terapia no farmacológica y farmacológica de bajo riesgo.

La anatomopatología de la demencia por cuerpos de Lewy se caracteriza por depósitos de alfa-sinucleína en el cerebro e incluye dos enfermedades clínicas: la demencia por enfermedad de Parkinson (DEP) y la demencia por cuerpos de Lewy (DCL). Los síntomas motores y neuropsiquiátricos son manifestaciones clínicas de la DCL. La patología de la alfa-sinucleína se extiende de forma ascendente desde la médula oblonga (caudo-rostral) en la enfermedad de Parkinson (EP), lo que produce síntomas motores en forma temprana. La deposición de agregados de alfa-sinucleína en las regiones neocorticales en la EP y la DCL causa deterioro cognitivo y síntomas neuropsiquiátricos. En algunos pacientes con DCL, además de los depósitos de alfa-sinucleína, en la histopatología se observa deposición comórbida de tau y beta amiloide, característica de la enfermedad de Alzheimer.

La pérdida de neuronas dopaminérgicas reduce la facilidad en los movimientos voluntarios, lo que produce síntomas motores, como bradicinesia, rigidez y temblor en reposo. Los síntomas neuropsiquiátricos se manifiestan como deficiencias cognitivas, en la percepción visual, psicosis, depresión y apatía. El desequilibrio neurohormonal de dopamina, serotonina, noradrenalina y colina en el cerebro también parece contribuir a las manifestaciones neuropsiquiátricas. Mientras que la DEP es consecuencia de la progresión de la EP, la DEP y la DCL causan síntomas motores y cognitivos que se solapan, pero se distinguen por el momento de aparición. En la EP, el inicio de la

demencia suele producirse varios años después del diagnóstico, mientras que, en la DCL, los síntomas cognitivos aparecen un año después del diagnóstico de los síntomas motores relacionados con el parkinsonismo o, incluso, lo preceden. En la EP, la incidencia de los síntomas cognitivos depende de la edad de inicio, la duración de la enfermedad y el perfil de los síntomas. Las cuatro características clínicas requeridas para una probable o posible DCL comprenden un trastorno de conducta durante el sueño REM (movimientos oculares rápidos), la cognición fluctuante, las alucinaciones visuales recurrentes y el parkinsonismo espontáneo.

En los pacientes con DCL, la carga de la enfermedad asociada con la psicosis es significativamente superior en comparación con otros tipos de demencia o, incluso, con la DCL sin psicosis. Debido a los síntomas neuropsiquiátricos, como la depresión, la ansiedad y la carga de los cuidadores, la calidad de vida de los pacientes con DCL y sus cuidadores es adversa. Un enfoque terapéutico eficaz debe incluir la consideración de la reducción de la dosis o la no prescripción de agentes farmacológicos considerados potencialmente perjudiciales, como anticolinérgicos y dopaminérgicos, seguido de un enfoque no farmacológico y farmacológico de bajo riesgo.

Los autores de este artículo presentan su experiencia clínica reciente y revisan el enfoque terapéutico de la psicosis en la DCL.

Discusión

Los pacientes con DEP y DCL pueden presentar psicosis prominente, que causa un descontrol conductual caracterizado por alucinaciones visuales, delirios, agitación y ansiedad. El objetivo principal del tratamiento de los síntomas de la psicosis es minimizar la angustia de los pacientes y sus cuidadores, optimizar la seguridad y promover la calidad de vida. Sin embargo, debido a la compleja interacción de los neurotransmisores involucrados en estas enfermedades y a la elevada sensibilidad a los neurolépticos en esta población, el tratamiento de los síntomas de la psicosis con altas dosis de antipsicóticos puede, paradójicamente, empeorar los síntomas motores. El descontrol conductual puede ser secundario a una encefalopatía aguda, secundaria a alteraciones tóxicas o metabólicas, a una depresión o a síntomas psicóticos como resultado de la progresión de la enfermedad. Es importante seguir un enfoque sistemático y, en primer lugar, revisar el tratamiento farmacológico del paciente, con especial atención en los agentes dopaminérgicos y antimuscarínicos, descartar la infección y el dolor, realizar un examen exhaustivo del delirio y optimizar la visión, si esta está deteriorada.

Tanto los tratamientos no farmacológicos como los farmacológicos pueden ayudar a aliviar los síntomas de la psicosis. Entre las intervenciones no farmacológicas se encuentran, en primer lugar, la optimización del ciclo de sueño y vigilia. El enfoque farmacológico de bajo riesgo incluye la melatonina, que demostró algunos

beneficios en la conciliación del sueño y la reducción de los trastornos de conducta durante el sueño REM, aunque hay pocos estudios al respecto. La melatonina es bien tolerada, el riesgo de seguridad es bajo y se considera de primera línea antes que otros agentes farmacológicos. El clonazepam es otro agente que demostró mitigar los trastornos de conducta durante el sueño REM. En segundo lugar, otra intervención no farmacológica consiste en evitar la privación sensorial (visión y oído), con la inclusión de ayudas visuales con iluminación adecuada. En tercer lugar, eliminar los estímulos innecesarios en el entorno que puedan ser visualmente evocadores. Por último, identificar las causas reversibles.

Además, debe informarse, tanto al paciente como al cuidador, sobre la importancia de mantener una iluminación adecuada, eliminar el desorden y elaborar un sistema para que los pacientes alerten a sus cuidadores si surgen alucinaciones angustiosas.

En cuanto a los enfoques farmacológicos, debe considerarse la reducción de las dosis o la no prescripción de algunos agentes considerados potencialmente perjudiciales. El equilibrio entre los síntomas motores y los síntomas de psicosis en la DCL gira en torno a las vías de la dopamina, la acetilcolina y la serotonina. Por ejemplo, mientras que el exceso de dopamina puede causar a psicosis, el agotamiento de la dopamina produce síntomas motores del parkinsonismo. Las intervenciones farmacológicas necesarias para la seguridad del paciente o del cuidador comprenden dos estrategias: por un lado, la reducción de la dosis o la eliminación de los agentes considerados perjudiciales y, por el otro, el agregado de fármacos que ayuden a controlar los síntomas de la psicosis.

En primer lugar, deben retirarse los agentes considerados perjudiciales, como los anticolinérgicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa tipo B o los agonistas de la dopamina. Segundo, reducir la dosis de levodopa, según la tolerancia del paciente. La levodopa a veces puede ser el principal desencadenante de los síntomas de la psicosis, pero también es fundamental para el tratamiento de los síntomas motores y, por lo tanto, se recomienda reducirla en último lugar. La dosis de levodopa se ajusta siempre al mínimo posible para controlar los síntomas motores. Sin embargo, cuando la levodopa se reduce, debe hacerse gradualmente, de forma escalonada, mientras se controlan los síntomas motores.

Si la disminución no es una opción o no es bien tolerada, los inhibidores de la acetilcolinesterasa se consideran una opción.

Los agentes farmacológicos para considerar en el tratamiento de la psicosis son, en primer lugar, los inhibidores de la acetilcolinesterasa, como donepecilo o rivastigmina; en segundo lugar, los antipsicóticos atípicos con menor perfil de efectos secundarios extrapiramidales, como quetiapina, clozapina o pimavanserina; y, por último, el ácido valproico como complemento de los antipsicóticos atípicos.

Diversos estudios demostraron la eficacia del donepecilo y la rivastigmina para mejorar la cognición, los síntomas de la psicosis y la calidad de vida. En la DCL y la DEP, los inhibidores de la acetilcolinesterasa demostraron un beneficio terapéutico general significativo.

Los antipsicóticos atípicos son una alternativa utilizada para controlar los síntomas de la psicosis. Sin embargo, los pacientes con DEP o DCL tienen alta sensibilidad a los neurolepticos y hay que tener precaución cuando se indican. Los antipsicóticos de primera generación suelen evitarse debido a su alta sensibilidad neuroleptica y su fuerte predilección por el bloqueo de los receptores de dopamina y el agravamiento de los síntomas motores; además, en la DCL se asocian con mayor riesgo de mortalidad por todas las causas. Los antipsicóticos atípicos causan un bloqueo dopaminérgico relativamente inferior y, por tanto, es menos probable que agraven los síntomas motores. La quetiapina y la clozapina son antipsicóticos atípicos que se consideran relativamente más seguros en los pacientes con DEP y DCL. Los efectos secundarios de los antipsicóticos comprenden el empeoramiento de la cognición, la hipotensión ortostática, la sedación, el aumento del riesgo de caídas, la prolongación del intervalo QT corregido, el accidente cerebrovascular y la neumonía, y un aumento general de la tasa de mortalidad.

La pimavanserina es un antipsicótico nuevo, con propiedades antagonistas de los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃, aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en 2016 para el tratamiento de la psicosis en la EP. Ejerce un efecto mínimo en las vías de la dopamina, por lo que ayuda en los síntomas de la psicosis sin exacerbar los síntomas motores, como sucede con otros antipsicóticos.

El ácido valproico parece útil como complemento de los antipsicóticos atípicos, como la quetiapina, en el tratamiento de la agitación, aunque las pruebas al respecto son escasas.

Conclusión

En la DCL, la psicosis se asoció con una carga de enfermedad significativamente mayor, que incluye un impacto negativo en el paciente, su familia, los cuidadores, la sociedad y la economía. El tratamiento de la psicosis en la DCL debe incluir la disminución y la consideración de enfoques no farmacológicos y farmacológicos de bajo riesgo antes de añadir medicamentos nuevos. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa y los antipsicóticos atípicos son alternativas. La pimavanserina es un antipsicótico atípico nuevo, aprobado por la FDA para la psicosis relacionada con la EP.

Los objetivos de atención y evaluación funcional son fundamentales para facilitar la atención optimizada para el tratamiento de la psicosis en pacientes con DCL.

3 - ¿Afectan las Intervenciones No Farmacológicas sobre el Sueño a los Síntomas de Ansiedad? Un Metanálisis

Staines A, Broomfield N, Bridges J y colaboradores

University of East Anglia, Norwich, Reino Unido

[Do non-Pharmacological Sleep Interventions Affect Anxiety Symptoms? A Meta-analysis]

Journal of Sleep Research 31(12):1-21, Jul 2021

El tamaño del efecto combinado de las intervenciones no farmacológicas del sueño sobre los síntomas de ansiedad indicó una reducción de los síntomas. Los análisis de subgrupos encontraron un efecto moderado para las personas con dificultades adicionales de salud física o de salud mental y para aquellas con niveles elevados de ansiedad al inicio.

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los problemas de salud mental más frecuentes, con una prevalencia estimada del 16.6% en una población europea, y un predominio en el sexo femenino y en adultos jóvenes (20 a 29 años). En diversas investigaciones se encontraron tasas altas de insomnio en comorbilidad con los trastornos de ansiedad. La prevalencia del insomnio es entre 1.5 y 2 veces superior en las mujeres que en los hombres, y es más frecuente en los adultos mayores. El insomnio grave fue significativamente más prevalente en las personas con trastornos de ansiedad (24.9% a 45.5%) en relación con las que no los presentaban (12.4% a 24.3%). Varias investigaciones indicaron una relación bidireccional, tanto en adultos como en niños, entre el sueño y la ansiedad, por lo cual esta última puede preceder a los trastornos del sueño y viceversa.

El *National Institute of Clinical Excellence (NICE)* recomienda las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, principalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC), como enfoque de primera línea tanto para adultos como para niños. El tratamiento no farmacológico de primera línea recomendado por el NICE para adultos con insomnio crónico (> 3 meses) es la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I).

Los metanálisis proporcionaron pruebas preliminares que indicaron que puede haber una relación bidireccional en el tratamiento del insomnio y la ansiedad.

Desde una perspectiva teórica, los modelos cognitivos del insomnio propusieron que los procesos de pensamiento relacionados con el sueño y asociados con la ansiedad desempeñan un papel clave en la aparición y el mantenimiento de los problemas de sueño. El modelo indica que la combinación de un aumento de la respuesta cognitiva (por ejemplo, la atención a las amenazas relacionadas con el sueño, la rumiación y las creencias disfuncionales sobre el sueño) y fisiológica (por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardíaca y la sudoración) de la ansiedad impide el inicio del sueño. En algunos casos, esto puede convertirse en un círculo vicioso y llevar a un insomnio crónico.

Los metanálisis previos indicaron que la TCC-I mejora moderadamente la ansiedad, aunque pocas investigaciones analizaron el efecto de otras intervenciones del sueño sobre los síntomas de ansiedad. El objetivo de este metanálisis fue revisar si las intervenciones no farmacológicas sobre el sueño tienen un impacto en los síntomas de ansiedad, inmediatamente después de la intervención.

Métodos

Esta reseña sistemática siguió las normas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas como *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *PsychINFO*, *Medline* más *PubMed*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)* y *Embase*, hasta enero de 2021, para identificar los ensayos controlados aleatorizados (ECA) que investigaron las intervenciones no farmacológicas para el sueño que incluyeran síntomas de ansiedad como criterio de valoración.

Todos los estudios elegibles que comprendieron datos suficientes sobre un criterio de valoración de ansiedad validado y el número de participantes con cada trastorno, se incluyeron en un metanálisis de efectos aleatorios.

Se realizaron cuatro metanálisis para abordar los objetivos del estudio. Estos incluyeron: un metanálisis global del efecto de las intervenciones sobre el sueño en los síntomas de ansiedad, con dos análisis por subgrupos. Un análisis de subgrupos de los estudios que consideraron participantes con dificultades de salud física adicionales, y dos análisis de subgrupos de estudios con participantes con dificultades adicionales de salud mental y síntomas de ansiedad clínicamente significativos al inicio. Un metanálisis secundario del efecto de las intervenciones sobre el sueño en los procesos de pensamiento relacionados con el sueño.

Se planificó la realización de análisis de subgrupos adicionales si había estudios suficientes.

Resultados

Cuarenta y tres ECA (n = 5945) cumplieron todos los criterios de inclusión y se incluyeron en un modelo de metanálisis de efectos aleatorios. Los datos de 37 de los estudios incluidos indicaron que la edad promedio global del grupo de intervención fue de 43.33 años, y la del grupo control de 46.46 años. Los datos de 40 de los trabajos incluidos indicaron que el 72% (n = 5580) fueron mujeres y el 28% (n = 2167) fueron hombres. Cuarenta y dos de los estudios eran intervenciones del sueño basadas en la psicología, y una investigación utilizó la exposición a la luz brillante artificial como intervención del sueño. La mayoría de los ensayos incluidos (n = 34) fueron descritos por los autores como TCC-I. Dos de estos estudios fueron intervenciones combinadas de TCC-I con enfoques adicionales de "tercera ola" incorporados, que se centraban específicamente en el sueño (TCC-I + conciencia plena [*mindfulness*] y TCC-I + terapia de

aceptación y compromiso). Los enfoques de la “tercera ola” tienden a centrarse en la relación del individuo con sus pensamientos y emociones, más que en el contenido. Las intervenciones de control comprendieron tanto intervenciones activas (como la acupuntura o la realización de rompecabezas) como controles pasivos (como el control de la lista de espera o el tratamiento habitual), todos ellos no diseñados específicamente para mejorar el sueño.

La mayoría de los estudios incluyeron participantes adultos, con solo dos trabajos centrados en menores de 18 años y tres centrados específicamente en intervenciones en adultos mayores (> 65).

El tamaño del efecto combinado de las intervenciones no farmacológicas del sueño sobre los síntomas de ansiedad fue leve a moderado (g de Hedges = -0.38), lo que indica una reducción de los síntomas. La heterogeneidad estadística de los tamaños del efecto entre los estudios fue moderada. Los análisis de subgrupos encontraron un efecto moderado para aquellos con dificultades adicionales de salud física (g = -0.46), un efecto moderado para aquellos con dificultades adicionales de salud mental (g = -0.47) y un efecto moderado para aquellos con niveles elevados de ansiedad al inicio (g = -0.43).

Un metanálisis secundario encontró un efecto grande de las intervenciones no farmacológicas sobre el sueño sobre los procesos de pensamiento relacionados con el sueño (g = -0.92). La heterogeneidad estadística de los tamaños del efecto entre estos estudios fue importante.

Discusión y conclusión

Este metanálisis investigó si las intervenciones no farmacológicas dirigidas a mejorar el sueño, influyeron sobre los síntomas de ansiedad y los procesos de pensamiento relacionados con el sueño. Los resultados obtenidos indicaron que las intervenciones no farmacológicas sobre el sueño fueron eficaces para reducir la ansiedad y los procesos de pensamiento vinculados con el sueño, y que estos efectos pueden ser superiores en los pacientes con ansiedad. Esto tiene consecuencias clínicas en cuanto a considerar a las intervenciones sobre el sueño en el tratamiento de la ansiedad y en el cribado de los individuos para la pesquisa del insomnio y otros problemas de sueño, así como las dificultades frecuentes de salud mental.

En general, estos resultados indicaron que las intervenciones no farmacológicas sobre el sueño, en particular la TCC-I, podrían ser beneficiosas para los individuos con síntomas de ansiedad. Dada la prevalencia común tanto de ansiedad como de insomnio en personas con dificultades de salud física, y dado el efecto moderado encontrado en este subgrupo, puede ser particularmente importante detectar tanto la ansiedad como los trastornos del sueño en esta población.

Los resultados del metanálisis secundario indicaron que las intervenciones no farmacológicas para el sueño pueden reducir los procesos de pensamiento relacionados con el sueño. Esto es clínicamente

importante ya que se encontró que la mayor mejora en las creencias disfuncionales sobre el sueño (después de la TCC-I) se asoció con mayor mejora en los síntomas de insomnio, la eficiencia del sueño y los síntomas de depresión.

En conclusión, los resultados de esta reseña proporcionaron pruebas que indicaron que las intervenciones no farmacológicas dirigidas a mejorar el sueño: 1) mejoran los síntomas de ansiedad, con un tamaño del efecto combinado en el rango pequeño a moderado; mejoran los síntomas de ansiedad para los participantes con dificultades de salud física, con un tamaño del efecto combinado en el rango moderado, y mejoran los síntomas de ansiedad para los participantes con dificultades de salud mental y síntomas de ansiedad clínicamente significativos al inicio, con un tamaño del efecto combinado en el rango moderado, y 2) mejoran los procesos de pensamiento relacionados con el sueño, con un tamaño del efecto combinado en el rango grande. Dado que casi todos los estudios incluidos en este metanálisis investigaron la TCC-I, esto indica que este es un enfoque particularmente útil cuando se trata de individuos con síntomas de ansiedad, y que las intervenciones del sueño pueden ofrecerse como modalidades accesibles y rentables. Clínicamente, esto podría mejorar el acceso y los tiempos de espera en los servicios psicológicos.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171181

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

4 - Proteína C-Reactiva y Respuesta al Escitalopram en Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor

Zhou J, Zhou J, Yang J y colaboradores

Journal of Affective Disorders 306:32-38, Jun 2022

La prevalencia estimada del trastorno depresivo mayor (TDM) es del 4.4% en la población general, de modo que es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en todo el mundo; el TDM se asocia con discapacidad importante.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como el escitalopram, se consideran agentes de primera línea para el tratamiento del TDM; sin embargo, la respuesta al tratamiento varía de manera considerable entre los pacientes con un mismo diagnóstico. De hecho, se estima que alrededor de un tercio de los pacientes con TDM no responde al tratamiento con antidepresivos, en dosis adecuada y durante un período apropiado. Además, los índices de recaídas y de resistencia al tratamiento son elevados.

Las personas con TDM tienen riesgo aumentado de comportamiento suicida, de modo que la identificación de biomarcadores predictivos de la respuesta al tratamiento es un aspecto fundamental para el abordaje de estos pacientes.

El sistema inmunitario en general, y específicamente la respuesta inflamatoria, participarían en la fisiopatología de la depresión y en la respuesta al tratamiento farmacológico. En numerosos estudios se analizó el papel de la inflamación en las enfermedades psiquiátricas, especialmente en el TDM. Se refirió el aumento de los marcadores de inflamación en sangre periférica y en el sistema nervioso central en pacientes con depresión, respecto de controles sanos; por ejemplo, se encontraron niveles aumentados de citoquinas proinflamatorias y de mediadores inmunológicos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Si bien los mecanismos involucrados en las vinculaciones entre la inflamación y la depresión no se conocen con precisión, es posible que los efectos de la inflamación sobre el cerebro, por ejemplo las alteraciones en el metabolismo de los neurotransmisores, la activación de hormonas liberadoras de corticoides, y los trastornos en la plasticidad neuronal, sean importantes en este sentido. La identificación de marcadores sencillos predictivos de la respuesta al tratamiento permitiría un abordaje individualizado de pacientes con TDM.

La proteína C-reactiva (PCR) es una proteína inespecífica de fase aguda, cuyos niveles aumentan en respuesta a la inflamación sistémica; estudios

recientes sugirieron que la concentración de PCR en sangre constituye un buen indicador de inflamación en el sistema nervioso central, ya que los niveles en sangre y en LCR se correlacionan muy bien. La PCR es un marcador fácil de valorar en la práctica clínica, y sus niveles no se modifican en el curso del día.

Los niveles aumentados de PCR se han asociado con la aparición de depresión, como también con la respuesta al tratamiento antidepresivo. Se demostró que la concentración plasmática elevada de PCR se asocia con metabolismo incrementado del glutamato, en pacientes con depresión. La evidencia en conjunto sugiere que la depresión podría dividirse en diversos subtipos y que uno de ellos se relacionaría fuertemente con la respuesta inflamatoria sistémica. Este fenómeno explicaría, en parte, los índices bajos de remisión en respuesta al tratamiento antidepresivo.

El objetivo del presente estudio fue determinar si en adultos con TDM, los niveles séricos de PCR se asocian con la respuesta al escitalopram (un ISRS).

Se analizaron 71 pacientes ambulatorios, asistidos en el *Beijing Anding Hospital, Capital Medical University*, entre marzo de 2017 y diciembre de 2020. Los pacientes debían tener entre 18 y 65 años, diagnóstico de TDM según la *Structured Clinical Interview* para los criterios del DSM-IV, 14 puntos o más en la *Hamilton Depression Rating Scale* de 17 dominios (HAMD-17), y puntaje de 11 o más alto en el *Quick Inventory of Depressive Symptoms-Self-Report* de 16 secciones (QIDS-SR16). Los pacientes no debían haber recibido tratamiento con antidepresivos en el curso del episodio presente en el momento del estudio.

Entre los 71 participantes evaluados, 50, 55 y 60 fueron estudiados en las semanas 4, 8 y 12, respectivamente. Los 71 pacientes recibieron escitalopram. Se permitió el uso de zolpidem (≤ 10 mg/día), zopiclona (≤ 7.5 mg/día) y zaleplón (≤ 10 mg/día), en pacientes con insomnio grave. Asimismo, los pacientes con síntomas importantes de ansiedad pudieron ser tratados con benzodiazepinas, aunque no en las ocho horas previas a las valoraciones.

El escitalopram se indicó en dosis de entre 5 y 20 mg por día, durante las 12 semanas del estudio; la dosis se ajustó de manera dinámica en los controles, en función de las valoraciones realizadas por el psiquiatra.

La remisión de los síntomas depresivos se estableció en pacientes con 7 puntos o menos en la HAMD-17 en la semana 12. Se determinaron el peso y la talla y se tomaron muestras de sangre para la medición de los niveles de PCR.

Los pacientes se agruparon en dos categorías, en relación con la presencia o no de remisión luego de 12 semanas de tratamiento con escitalopram. El umbral de PCR se estableció en 0.8 mg/l, para la distinción de pacientes con niveles altos (> 0.8 mg/l; $n = 25$) o bajos de PCR (< 0.8 mg/l; $n = 46$).

La distribución normal de los datos se determinó con la prueba de Shapiro-Wilk. El valor predictivo de remisión de la PCR se conoció con los valores del área bajo la curva (ABC) ROC de eficacia diagnóstica; se estimaron la sensibilidad y la especificidad del marcador y el umbral asociado con la sensibilidad y la especificidad más altas. Las comparaciones entre los grupos se realizaron con pruebas de la t , de Wilcoxon o de chi al cuadrado, según el caso. Se aplicaron correlaciones de Spearman. Mediante modelos de regresión de variables múltiples se conocieron las asociaciones independientes entre la concentración basal de PCR y los puntajes de la HAMD-17. Se estimaron los *odds ratios* (OR), con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

La mediana de edad de los enfermos fue de 25.02 años; 50 eran mujeres. Un total de 46 y 25 pacientes presentaron niveles basales bajos y altos de PCR, respectivamente.

Entre los 67 individuos que completaron el control de la semana 12, 27 alcanzaron la remisión (7 puntos o menos en la HAMD-17). En comparación con los pacientes con niveles basales altos de PCR (índice de remisión del 22.73%), los índices de remisión fueron más altos en aquellos con concentración baja de PCR (48.89%). No se registraron diferencias significativas entre los grupos en la edad, el sexo, la duración de la enfermedad, la dosis de escitalopram o los antecedentes familiares. Sin embargo, los pacientes con niveles basales altos de PCR tuvieron índice de masa corporal (IMC) más elevado, respecto de los sujetos con PCR baja ($p = 0.0027$).

La dosis promedio y la dosis máxima de escitalopram en el grupo sin respuesta fueron de 11.25 mg/día y de 15.00 mg/día, respectivamente. Las dosis tendieron a ser más altas, respecto de las de los enfermos que presentaron remisión (dosis promedio de 10.63, dosis máxima de 15.00 mg/día), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

El puntaje basal promedio de la HAMD-17 se asoció de manera negativa con la concentración basal de la PCR ($r = -0.23$, $p = 0.054$); en el modelo de regresión lineal múltiple ($F = 5.63$, $p = 0.0055$, $R^2 = 0.1420$), el puntaje basal de la HAMD-17 se correlacionó con los niveles basales de la PCR ($t = -2.26$, $p = 0.0268$), luego del ajuste según los antecedentes familiares. Los valores del factor de inflación de la varianza (*variance inflation factor* [VIF]) para los niveles basales de la PCR y para los antecedentes familiares fueron de menos de 10.

En los análisis de sensibilidad con la exclusión de los pacientes con resultados extremos y con la inclusión de todas las covariables, la correlación negativa entre la concentración basal de la PCR y el puntaje basal de la HAMD-17 dejó de ser significativa.

Para los 71 pacientes analizados se obtuvieron 47 muestras de sangre periférica en la semana 12. El puntaje global de gravedad de los síntomas disminuyó de un valor promedio en la HAMD-19 de 21.32 a 9.98, en tanto que los niveles séricos de la PCR aumentaron de 0.54 a 0.58 mg/l.

La reducción del puntaje total de la HAMD-17 (basal-semana 12) se asoció, de manera negativa, con la disminución de los niveles de PCR en el contexto del tratamiento ($r = -0.35$, $p = 0.0166$).

En el modelo de regresión lineal múltiple ($F = 6.90$, $p = 0.0007$, $R^2 = 0.3251$) se incluyeron el puntaje basal de la HAMD-17, la edad de inicio, y el cambio en los niveles de PCR. La reducción del puntaje total de la HAMD-17 se asoció, de manera negativa, con el cambio en la PCR durante el período de tratamiento ($t = -2.01$, $p = 0.0505$). Los valores del VIF para todas las variables incluidas estuvieron por debajo de 10. En el análisis de sensibilidad con la exclusión de los sujetos con resultados extremos y con la consideración de todas las covariables, la correlación negativa dejó de ser estadísticamente significativa.

Los niveles basales de PCR se asociaron de manera negativa con la reducción de los puntajes totales de la HAMD-17 al final del estudio ($r = -0.26$, $p = 0.033$).

En el modelo de regresión lineal multivariado ($F = 3.81$, $p = 0.0142$, $R^2 = 0.1536$) se incluyeron el sexo, la edad de inicio del TDM, y los niveles basales de PCR. La reducción de los puntajes totales de la HAMD-17 se asoció de manera negativa con los niveles basales de la PCR ($t = -2.00$, $p = 0.0494$). Los valores del VIF para todas las variables incluidas fueron de menos de 10. En el análisis de sensibilidad con la exclusión de los pacientes con valores extremos y con la inclusión de todas las variables de ajuste, la correlación negativa dejó de ser significativa.

En comparación con los pacientes con niveles de PCR ≥ 0.8 mg/l, con índice de remisión de 22.73%, los índices de remisión fueron más altos en los pacientes con concentración más baja de PCR (de 48.89%; $\chi^2 = 4.2$, $p = 0.0403$). Los pacientes con niveles séricos de PCR por debajo de 0.8 mg/l tuvieron 3.920 veces más probabilidades (IC 95%: 1.142 a 13.460) de alcanzar la remisión, en el contexto del tratamiento ($p = 0.0300$), respecto de los pacientes con niveles basales altos de PCR. En los análisis de sensibilidad, la asociación fue incluso más fuerte, ya que los pacientes con niveles basales de PCR de menos de 0.8 mg/l tuvieron 6.517 más probabilidades (IC 95%: 1.330 a 31.944) de presentar remisión con el tratamiento ($p = 0.0208$), en comparación con los pacientes con niveles séricos más altos de PCR (umbral de referencia para la PCR basal de ≥ 0.8 mg/l).

El alivio de los síntomas en la semana 12 fue más importante en los pacientes con niveles basales de PCR < 0.8 mg/l, respecto de los sujetos con concentración de PCR ≥ 0.8 mg/l (12.16 y 9.59, $t = 1.80$, $p = 0.0771$). Se construyeron modelos mixtos para mediciones repetidas sobre la base de la máxima verosimilitud restringida para determinar los efectos de la concentración de la PCR sobre los cambios de los puntajes de la HAMD-17. En el modelo se incluyeron diversas variables de ajuste, como la edad, el sexo, el IMC, el episodio, los antecedentes familiares y la edad de inicio. Se comprobó una interacción estadísticamente significativa entre el tiempo, la PCR basal y el puntaje de la HAMD-18 ($p = 0.0761$).

Los resultados del presente estudio indican que la concentración de PCR se correlaciona negativamente con los puntajes basales de la HAMD-17; asimismo, los cambios en los niveles de PCR durante el tratamiento antidepresivo con escitalopram se correlacionan con los cambios en la puntuación de la HAMD-17. Los pacientes con niveles basales de PCR de menos de 0.8 mg/l tuvieron más oportunidades de responder favorablemente al tratamiento y de alcanzar la remisión del TDM.

Se sabe que la respuesta al tratamiento con escitalopram varía considerablemente entre los pacientes; la respuesta escasa podría relacionarse, al menos en parte, con los niveles excesivamente altos de PCR, pero no se dispone de información exacta en este sentido. En el presente estudio se aplicaron modelos de regresión logística para identificar los factores predictivos de la remisión, en respuesta al tratamiento, y se usaron modelos de efectos mixtos para mediciones repetidas para conocer los cambios en los puntajes de la HAMD-17 entre los grupos de PCR alta y baja.

En conclusión, según los resultados del presente estudio, la PCR tiene un papel predictivo para la remisión y la mejoría sintomática en el contexto del tratamiento con escitalopram, en pacientes con TDM. Sin embargo, se requieren estudios a mayor escala para establecer conclusiones precisas en este sentido.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171176

5 - Trastorno por Estrés Postraumático, Depresión y Ansiedad Generalizada antes y durante la Pandemia de COVID-19

Daly M, MacLachlan M, Hyland P y colaboradores

Journal of Affective Disorders 5:1-5, Jul 2021

En la República de Irlanda, el primer caso de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) se comunicó el 29 de febrero de 2020. Las medidas implementadas posteriormente para minimizar la propagación de la enfermedad generaron cambios importantes en las vidas de los habitantes, posiblemente asociados con efectos mentales desfavorables. De hecho, diversos metanálisis mostraron que la salud mental de la población posiblemente se deterioró durante la primera fase de la pandemia, en comparación con los niveles registrados antes de la pandemia.

Estudios de observación realizados en los Estados Unidos y en el Reino Unido sugirieron un aumento de la angustia mental, luego del inicio de la pandemia, con

desaparición en los meses posteriores. Sin embargo, se dispone de pocos estudios representativos a nivel nacional, con valoraciones del estado de salud mental, antes y en el contexto de la pandemia, de modo que es difícil establecer conclusiones firmes al respecto. Para el presente estudio se utilizó una muestra representativa a nivel nacional, con datos de adultos de Irlanda, con la finalidad de determinar los índices de trastorno por estrés postraumático (TEPT), depresión y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) antes y durante la pandemia. También se analizaron ciertos subgrupos particulares de pacientes particularmente vulnerables a los trastornos de salud mental.

Se analizó una muestra de sujetos adultos, representativa de la población adulta de Irlanda, en términos de la edad, el sexo y la distribución geográfica. Los sujetos fueron contactados por correo electrónico, u otras modalidades, y se les solicitó que completaran un cuestionario; los participantes recibieron honorarios por participar en el estudio. Los datos se recogieron en febrero de 2019 (n = 1020), abril de 2020 (n = 1041), mayo de 2020 (n = 1032) y diciembre de 2020 (n = 1100). Los sujetos que participaron en las encuestas de abril y mayo de 2020 fueron invitados a participar en las encuestas posteriores, de modo que las muestras analizadas en mayo y en diciembre de 2020 incluyeron un porcentaje de individuos que completaron encuestas previas, en el mismo año (49% y 40% de los participantes, respectivamente).

El TEPT se valoró con el *International Trauma Questionnaire* (ITQ); la depresión y el TAG se analizaron con el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y la *Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale* (GAD-7), respectivamente. Se tuvieron en cuenta la edad de los participantes (18 a 34 años, 35 a 54 años y 55 años o más), el sexo, el nivel educativo y la región de residencia (Leinster, Munster, Connaught o Ulster).

Mediante modelos de regresión logística se compararon los porcentajes de pacientes con cada uno de los trastornos mentales en 2019 y en 2020, para cada uno de los subgrupos demográficos.

La prevalencia de TEPT aumentó significativamente de 12.5% en 2019 a 18.0% en abril de 2020, y a 22.0% en mayo de 2020, pero disminuyó a 17.6% en diciembre de 2020. Los incrementos en la prevalencia de TEPT fueron más pronunciados en hombres, en sujetos de 18 a 34 años, en individuos sin educación universitaria y en sujetos residentes de Leinster, región en la cual se localiza la capital Dublín. En cambio, no se observaron cambios significativos en la frecuencia de depresión o de TAG entre los períodos analizados, antes y durante la pandemia.

Los resultados del presente estudio indican un aumento de la frecuencia de TEPT durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19, en comparación con el año previo a la pandemia. Los hallazgos sugieren respuestas mentales específicas, en el contexto de la pandemia de COVID-19.

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/168812

6 - Efectos de la Pandemia por Coronavirus 2019 sobre el Contenido Delirante en Pacientes con Psicosis

Pérez-Balaguer A, Sanz-Aranguéz-Ávila B, de Arce-Cordón R y colaboradores

Revista Colombiana de Psiquiatría 1-8, Ago 2021

El primer caso de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) se refirió a finales de diciembre de 2019 en la China. La enfermedad, provocada por el coronavirus 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS)-CoV-2, se extendió rápidamente en el mundo, y el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia.

Hasta el 4 de mayo de 2021 se habían confirmado 152 534 452 casos de COVID-19 en el mundo y 3 544 945 de casos solo en España.

Por ser una enfermedad nueva, la COVID-19 podría asociarse con angustia, ansiedad y miedo en la población general. Estudios previos han referido fuertes consecuencias sobre la salud mental, en relación con epidemias anteriores por otros coronavirus y por otros virus que motivaron, al igual que la COVID-19, medidas de distanciamiento social como prevención. Durante la epidemia de SARS en Hong Kong en 2003, se refirió un aumento del número de suicidios en la población de más de 65 años, posiblemente en relación con el aislamiento, el temor y la ansiedad. Asimismo, se han comunicado suicidios relacionados con la COVID-19 en los Estados Unidos, el Reino Unido, Italia, Alemania, Bangladesh, India y otros países. En la China se comprobó un incremento de las emociones negativas en la población general, luego de declararse la pandemia.

En los sujetos sanos, el miedo se asocia con niveles aumentados de ansiedad y estrés; en los pacientes con trastornos psiquiátricos preexistentes, el miedo exacerba los síntomas. Las consecuencias adversas son incluso más pronunciadas durante las cuarentenas. En pacientes psiquiátricos, durante el pico de la pandemia en China se refirió riesgo aumentado de síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad, irritabilidad, estrés, insomnio e ideación suicida, en comparación con controles sanos.

Los pacientes con trastornos mentales graves, como los enfermos con psicosis, son particularmente vulnerables a las situaciones amenazantes, las medidas de restricción de la actividad y los cambios en las rutinas diarias. Asimismo, se refirieron casos de trastornos psicóticos breves en respuesta al estrés asociado con la pandemia por COVID-19, y también descompensación psicótica como consecuencia de las medidas de cuarentena obligatorias. El coronavirus pasó a ser un elemento importante del contenido delirante de los pacientes con psicosis.

Previamente, los autores describieron el efecto de la pandemia sobre las consultas de urgencias de psiquiatría y en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) durante la fase inicial. En el presente

trabajo se describen los efectos de la pandemia y del confinamiento sobre la salud mental y sobre el contenido delirante en pacientes con síntomas psicóticos, a partir de los datos de pacientes asistidos en urgencias y en la UHB de un hospital terciario de Madrid (España), durante los primeros 3 meses que siguieron a la declaración del estado de pandemia de COVID-19 por la OMS, es decir entre el 11 de marzo y el 11 de junio de 2020.

El presente estudio se realizó en el contexto de una investigación más amplia, transversal, observacional y retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes de más de 18 años asistidos en el servicio de urgencias psiquiátricas del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (HUPH) en el período señalado. Se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas, como la edad, el sexo y el área de referencia hospitalaria en salud, y los antecedentes clínicos, como el motivo de consulta, el diagnóstico y el tipo de consulta (voluntaria o involuntaria). También se consideraron aspectos relacionados con la COVID-19 y con la presencia o ausencia de contenido psicopatológico asociado.

Durante el período de estudio se asistieron 414 pacientes, 129 de los cuales ingresaron en la UHB del hospital. Se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para COVID-19 en el 86.0% (n = 111) de los casos, con resultados negativos en todos ellos.

En el transcurso de los 3 meses del estudio, el 20.9% (n= 27) de los pacientes internados consultaron por algún motivo directamente relacionado con la pandemia. Al considerar el contenido del pensamiento, en el 14.7% (n= 19) de los pacientes se comprobó que este estuvo predominantemente asociado con el coronavirus. Se describen los 4 casos más representativos de los 19 pacientes ingresados.

Caso 1. La paciente de 25 años del personal sanitario ingresó el 17 de marzo por un episodio maníaco con síntomas psicóticos. La mujer había experimentado un cambio de comportamiento en las últimas 3 semanas. Presentaba un discurso verborreico, prolijo, tangencial, con asociaciones laxas y pérdida del hilo conductor. Presentaba delirio místico o religioso, y creía estar infectada por el coronavirus, motivo por el cual pedía distanciamiento.

Caso 2. El paciente de 34 años ingresó desde urgencias el día 18 de marzo por un episodio maníaco con síntomas psicóticos. El paciente mantenía un discurso circunstancial con asociaciones laxas, con contenido megalomaniaco. Hacía referencia a temas mesiánicos. Los familiares refirieron desorganización conductual de dos semanas de evolución con episodios de heteroagresividad verbal hacia su pareja y otros integrantes de la familia, con conductas extrañas.

Caso 3. El paciente de 34 años ingresó el 24 de marzo de 2020 por un episodio psicótico con síntomas maníacos relacionados con consumo de tóxicos. Refirió que en el mes de febrero comenzó a darse cuenta, gracias a un compañero de trabajo de procedencia china, de todo lo que iba a ocurrir en el mundo. Aseguraba que podría anticiparse a todo lo que iba a

ocurrir. Su mujer refirió que, desde el confinamiento en el domicilio por la pandemia y por el aumento de noticias relacionadas con este tema, el paciente comenzó a presentar alteraciones francas de la conducta. Presentaba trastornos del ritmo del sueño (4 horas cada 2 días). Relataba un ánimo expansivo y eufórico, con un discurso verborreico centrado en soluciones para los problemas del mundo.

Caso 4. El paciente de 30 años ingresó el 26 de marzo de 2020 por un episodio maniaco con síntomas psicóticos. La familia refirió que, desde hacía 4 días, el paciente estaba más agresivo, agitado y con ideas extrañas. Se constató discurso saltígrado, verborreico, con marcada inestabilidad de la atención y pérdidas del hilo conductor.

En el presente estudio se prestó especial atención al contenido del delirio en pacientes con síntomas psiquiátricos. Se confirma la interacción entre la psicopatología humana y la realidad social y cultural. Se detectó longitudinalmente un cambio en el contenido de los delirios primarios en el transcurso de las semanas de pandemia, tal vez en respuesta a las circunstancias ambientales. De hecho, la situación social y política y el progreso tecnológico pueden modificar las creencias delirantes, en los pacientes psiquiátricos. Hace cientos de años, el principal contenido delirante tenía que ver con el control, la persecución, las situaciones sobrenaturales y la brujería. Entre 1950 y 1995, diferentes grupos de Europa describieron la inclusión de las nuevas tecnologías e innovaciones culturales en los delirios de pacientes con esquizofrenia. Asimismo, en la década de 1990 destacaron los delirios relacionados con diversos eventos sociopolíticos.

Las consecuencias de la pandemia de COVID-19 sobre las enfermedades mentales en general y sobre la psicosis en particular, todavía no se conocen con precisión. La posibilidad de evolución fatal de la infección y las medidas de protección social generan importante estrés psicosocial y podrían desencadenar una psicosis reactiva breve.

Asimismo, en los pacientes con trastornos psicóticos previos es común la incorporación del coronavirus a los delirios o las alucinaciones. De hecho, en la segunda semana que siguió a la declaración del estado de alarma, el 100% de los pacientes internados tenían contenido delirante vinculado con el coronavirus.

En el estudio se analizaron las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en los desencadenantes de la psicopatología y el contenido delirante de los pacientes con síntomas psicóticos, atendidos durante los primeros 3 meses en un hospital terciario de Madrid.

En el primer mes, la COVID-19 condicionó el contenido delirante del 38.5% de los pacientes ingresados y fue un desencadenante directo de las consultas en el 46.2% de los casos. Durante la segunda

semana, afectó al 100% de los pacientes en ambos casos. Luego, se observó un descenso progresivo y significativo; la COVID-19 fue el factor desencadenante en el 17.6% y en el 11.5% de las consultas en el segundo y el tercer mes, y el condicionante del contenido delirante en el 13.7% y el 3.8% de los casos, respectivamente.

Los resultados confirman que la pandemia afecta la patoplastia del delirio. El contenido delirante de los pacientes ingresados con síntomas psicóticos se ve rápidamente condicionado, tal vez en relación con el cambio radical de vida, sin transición ni preparación previa, en el transcurso de solo 3 días entre la declaración de la pandemia y del estado de alarma. Si bien un elevado porcentaje de las consultas en el período inicial estuvo directamente motivado por el coronavirus, en la medida en que la pandemia evolucionó aparecieron otros factores de estrés vinculados con la convivencia, la falta de actividad, las dificultades económicas y las condiciones socioculturales de cada paciente.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/170241

Autoevaluaciones de lectura

Trabajos Distinguidos Psiquiatría 4 (2022) 18

Por cada artículo extenso de Trabajos Distinguidos se formula una pregunta, con cuatro opciones de respuesta. La correcta, que surge de la lectura atenta del respectivo trabajo, se indica en el sector Respuestas correctas, acompañada de su correspondiente fundamento escrito por el especialista que elaboró la pregunta.

TD N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Qué abordaje se recomienda para comenzar con el tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar?	A) Monoterapia con litio. B) Monoterapia con aripiprazol u olanzapina. C) Monoterapia con paliperidona, quetiapina o risperidona. D) Todas las respuestas anteriores son correctas. E) Politerapia con aripiprazol más olanzapina más litio.
2	¿Qué características clínicas se requieren para un diagnóstico probable o posible de demencia por cuerpos de Lewy?	A) Trastornos de conducta durante el sueño REM (movimientos oculares rápidos). B) Cognición fluctuante. C) Alucinaciones visuales recurrentes. D) Parkinsonismo espontáneo. E) Todas las respuestas son correctas.
3	¿Cuáles afirmaciones en cuanto a los trastornos de ansiedad y los problemas del sueño son verdaderas?	A) Se encontraron altas tasas de insomnio en comorbilidad con los trastornos de ansiedad. B) El insomnio grave fue significativamente más prevalente en las personas con trastornos de ansiedad. C) Se encontró una relación bidireccional, tanto en adultos como en niños, entre el sueño y la ansiedad. D) Se recomienda la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad y para el insomnio, como terapia de primera línea. E) Todas son correctas.

Respuestas correctas

TD N°	Respuesta	Fundamento	Opción
3	Todas son correctas.	Todas las afirmaciones son correctas.	E
2	Todas las respuestas son correctas.	Las cuatro características clínicas requeridas para un diagnóstico probable o posible de demencia por cuerpos de Lewy comprenden los trastornos de conducta durante el sueño REM, la cognición fluctuante, las alucinaciones visuales recurrentes y el parkinsonismo espontáneo.	E
1	Todas las respuestas anteriores son correctas.	Las recientes pautas de tratamiento del <i>International College of Neuropsychopharmacology</i> recomiendan comenzar con monoterapia con litio, aripiprazol, olanzapina, paliperidona, quetiapina o risperidona para el tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar.	D