



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez¹, Iris Tolosa², Gemma Mestre Bach³ Cristina Pernas Pereiro⁴

¹Psiquiatra, C.H.U. Ourense. Editor Asociado. ²Psicóloga HUD. Consejo de redacción.

³Psicóloga HUD. Universidad Internacional de la Rioja. Consejo de redacción. ⁴MIR Psiquiatría, C.H.U. Ourense.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa

PSICOONCOLOGIA

STIGMA RELATED TO BREAST CANCER AMONG WOMEN AND MEN: THE CASE OF THE DRUZE MINORITY IN ISRAEL



Palabras Clave: breast cancer, stigma, minority groups, detection screening

Antecedentes: El cáncer de mama es la forma más común de cáncer en las mujeres de todo el mundo. Se ha demostrado que la detección temprana del cáncer de mama a través del examen clínico de mama disminuye la mortalidad. Las tasas de supervivencia entre las mujeres árabes son significativamente más bajas, lo que generalmente se atribuye a un diagnóstico en una etapa posterior, lo que posiblemente refleja un menor uso de la detección temprana. Se han encontrado tasas de detección más bajas en asociación con factores sociodemográficos y culturales, como la falta de recursos, falta de familiaridad con el idioma hablado, menor exposición a comunicaciones de salud, desconfianza en la medicina comunicaciones de salud, desconfianza en la medicina occidental y una visión fatalista de la salud y la enfermedad. En consecuencia, en el presente estudio, se



interesan en explorar los factores relacionados con el estigma que pueden afectar las percepciones sociales y personales del cáncer de mama, ya que puede allanar el camino para comprender las barreras para la detección del cáncer de mama, como se indica en investigaciones previas en otras poblaciones y condiciones médicas.

Métodos: Una muestra de 270 mujeres y hombres drusos completó un cuestionario en línea adaptado para detectar el estigma del cáncer de mama y el estigma internalizado del cáncer de mama.

Resultados: Los resultados de la prueba t de muestras independientes mostraron puntajes más altos para los hombres en comparación con las mujeres, en un nivel significativo, en cuatro de las escalas de estigma del cáncer de mama: incomodidad, evasión, oposición a las políticas y responsabilidad personal. Los resultados de la prueba t de muestras independientes también mostraron puntajes más altos para los hombres en comparación con las mujeres, en un nivel significativo, en dos de las escalas de estigma internalizado del cáncer de mama: aprobación de estereotipos y experiencia de discriminación.

Conclusiones: Esta investigación encontró evidencia de diferencias en el estigma y el estigma internalizado entre mujeres y hombres, con respecto al cáncer de mama. Estos hallazgos resaltan la necesidad de más educación para crear conciencia sobre el cáncer de mama y la detección del cáncer de mama. También enfatizan la importancia de la psicoeducación dirigida a las parejas masculinas de mujeres con cáncer de mama, enfocada en delinear los desafíos emocionales y físicos involucrados en el afrontamiento del cáncer, así como en la importancia del sistema de apoyo.

Comentario: Se observa la necesidad de tener en cuenta las diferencias culturales y sociales para poder adaptar los protocolos de detección en la prevención del cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

Avital Gershfeld-Litvin, Samer Halabi, and Keith M Bellizzi (2023). **Stigma related to breast cancer among women and men: The case of the Druze minority in Israel.** *Journal of Health Psychology* <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13591053221115619>

Gemma Mestre Bach

SINTOMAS SOMÁTICOS PERSISTENTES



EFFECTIVENESS OF PSYCHOSOMATIC THERAPY FOR PATIENTS WITH PERSISTENT SOMATIC SYMPTOMS: RESULTS FROM THE CORPUS RANDOMISED CONTROLLED TRIAL IN PRIMARY CARE.

Palabras Clave: Clinical trial, Primary care, Persistent Somatic Symptoms (PSS), Psychosomatic therapy

Antecedentes: El término Síntomas Somáticos Persistentes (PSS) se refiere a un grupo heterogéneo de síntomas físicos como dolor crónico generalizado, dolor de cabeza, mareos, fibromialgia, fatiga crónica y síndrome del intestino irritable que no pueden atribuirse directamente a enfermedades subyacentes detectables o a una patología orgánica. El objetivo de este estudio fue investigar la efectividad clínica de la terapia psicósomática frente a la atención habitual para pacientes con PSS en atención primaria, en términos de mejora de los síntomas y el funcionamiento diario, y de una disminución en el número de contactos con el médico de cabecera en el año siguiente.

Métodos: Se realiza un ensayo controlado aleatorizado con pacientes de atención primaria que presentan PSS. Se asignaron al grupo de intervención psicósomática o al grupo de atención habitual. La intervención de terapia psicósomática consistió 12 sesiones impartidas por fisioterapeutas y psicoterapeutas especializados. Se incluyó psicoeducación, terapia de relajación y atención plena, enfoques cognitivo-conductuales y terapia de activación. Durante las sesiones de terapia psicósomática, el terapeuta exploró los síntomas somáticos e integró las dimensiones física, cognitiva, emocional, conductual y social de los síntomas junto con el paciente. El grupo de intervención habitual en cambio únicamente ofrecía seguimiento por el médico general, sin derivar al paciente a ningún otro especialista.

Resultados: A los 5 meses de seguimiento, se encontró una mejoría en el funcionamiento físico, la somatización y la



ansiedad relacionada con la salud en el grupo de intervención psicosomática a diferencia del grupo de seguimiento habitual. El seguimiento de 12 meses no reveló efectos de la terapia excepto en el grupo con PSS moderado: los análisis de subgrupos mostraron un efecto general en el nivel de funcionamiento del paciente para el grupo con PSS moderado (diferencia de medias = 0,91 [IC del 95%: -1,78 a -0,03]; $p = 0,042$). No se observaron diferencias entre ambos grupos en el número de visitas al médico de cabecera al año posterior de la intervención.

Conclusiones: Solo se encuentran efectos de la intervención tras 5 meses de esta y en algunos subgrupos de PSS moderado tras el año después del tratamiento.

Comentario: Se observa que la terapia psicosomática es beneficiosa para las personas con PSS, ya que se describe una mejora a los 5 meses de la intervención, aunque quizás sea necesario ofrecer sesiones de seguimiento a los 6 meses y al año para afianzar los aprendizajes realizados en la intervención y que los beneficios se mantengan a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

Margreet S.H. Wortman, Johannes C. van der Wouden, Jos W.R. Twisk, Bart Visser, Willem J.J. Assendelft, Henriëtte E. van der Horst, Tim C. Olde Hartman (2023). **Effectiveness of psychosomatic therapy for patients with persistent somatic symptoms: Results from the CORPUS randomised controlled trial in primary care.** Journal of Psychosomatic Research <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399923000338>

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

PSICOFARMACOLOGÍA



ANTIPSYCHOTIC SAFETY IN LIVER DISEASE: A NARRATIVE REVIEW AND PRACTICAL GUIDE FOR THE CLINICIAN.

Palabras Clave: antipsychotic, liver disease, hepatotoxicity, drug-induced liver injury, steatosis.

Antecedentes: Los clínicos que tratan la comorbilidad psiquiátrica en el resto de las patologías médico-quirúrgicas necesitan un recurso que permita comparar el riesgo y los tipos de daño hepático asociados al uso de antipsicóticos.

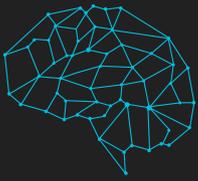
Objetivo: Se realiza una revisión narrativa destinada a desarrollar un recurso que compara el riesgo de inducir o empeorar lesiones hepáticas de los antipsicóticos, identificar los tipos de lesiones, los cambios farmacocinéticos, la dosificación, seguimiento y recomendaciones a los pacientes.

Métodos: Se realizó una búsqueda en las bases de datos de LiverTox.nih.gov, Daily-ed.nlm.nih.gov y PubMed hasta junio de 2022. Los artículos describen datos previos a la comercialización, estudios observacionales, informes de casos y series de casos, así mismo se recogen los tipos de disfunción hepática, las intervenciones, la recuperación y tratamientos para los 15 antipsicóticos incluidos. Los Antipsicóticos se calificaron como de bajo, bajo a moderado, moderado, moderado a alto, o alto riesgo de causar o empeorar una enfermedad del hígado.

Resultados: De las 1861 publicaciones, 21 trabajos cumplieron los criterios y fueron incluidos. **La evidencia muestra La disfunción hepática inducida por antipsicóticos es poco frecuente o rara.** La **Clorpromazina, la Clozapina y la Olanzapina** generan el mayor riesgo de hepatotoxicidad; **Quetiapina y Risperidona** presentan un riesgo moderado y se considera que el **Haloperidol** presenta un riesgo bajo a moderado. **Paliperidona, Aripiprazol, Lurasidona, y la Loxapina** son agentes de menor riesgo sin informes de insuficiencia hepática.

Una elevación de las transaminasas leve y autolimitada es la lesión más frecuente, seguida de enfermedad hepatocelular, esteatosis y lesión hepática mixta. Un cuidadoso análisis del riesgo-beneficio debe guiar la decisión de discontinuar el antipsicótico en casos de enfermedad hepática grave. Ajustes de dosis y una cuidadosa monitorización se recomiendan para casos de enfermedad leve a moderada si el beneficio del tratamiento de la psicosis supera los riesgos de la enfermedad hepática. Pacientes sin enfermedad hepática previa que inician un tratamiento con un antipsicótico de alto riesgo, se les debe informar sobre la clínica de las hepatopatías y realizar controles regulares de laboratorio.

Conclusiones: La selección del antipsicótico, la dosificación, el seguimiento y el asesoramiento deben ser individualizado en función de si un paciente tiene una enfermedad hepática y si están recibiendo un agente que puede generar riesgo de daño hepático. El psiquiatría de enlace puede guiar al equipo principal en el tratamiento, mediante la integración reflexiva de los conocimientos de los cambios fisiopatológicos en la enfermedad hepática y el análisis riesgo/ beneficio de los perfiles de seguridad de los antipsicóticos.



Comentario: El espectro de enfermedades hepáticas es muy amplio y varía desde las hepatitis no alcohólicas hasta la cirrosis. La pandemia de covid-19 ha supuesto un incremento sustancial del consumo y venta de **alcohol**. Además, se señala que en **comparación con la población general** las enfermedades hepáticas son entre 1,15-1,27 más frecuentes en esquizofrenia y uno 2,68 en pacientes con trastorno bipolar. Entre **los factores que influyen** en este aumento pueden considerarse la peor nutrición, el fumar, el uso de sustancias y una disminución del contacto con su médico de primaria. Los antipsicóticos son ampliamente utilizados en esquizofrenia, T. bipolar, T. del espectro autista, depresión refractaria y otros cuadros.

Una de las primeras utilidades del artículo es la tabla 1 que muestra los distintos tipos de posibles lesiones hepáticas (lesión hepatocelular, a las colestasis a una mixta y a la esteatosis hepática), la patofisiología, marcadores de laboratorio y comentarios varios sobre estas patologías. Señala que los mecanismos **idiosincráticos** son los más frecuentemente. Nos recuerda la elevación de **la fosfatasa alcalina**, como un elemento diferencial de los puramente colestásicos frente al resto, aunque no es definitivo. También es interesante recordar que la esteatosis hepática puede evolucionar a cirrosis entre un 8% y 20% de los casos, por lo que la elección del antipsicótico es importante a la hora de minimizar el riesgo. En la esteatosis la elevación de la GOT y GPT es similar frente a otro tipo de lesiones donde la GOT suele estar más elevada. En cualquier caso, recuerda que ambas pueden permanecer inalterados en la esteatosis.

La elevación ligera de las transaminasas es la lesión más frecuente, normalmente se inicia al principio del tratamiento y disminuye a los pocos días o semanas. Si persiste y se añade ascitis, hiperbilirrubinemia, o alteración en el INR, el riesgo de daño más grave es mayor. Los clínicos pueden asegurar que las lesiones inducidas por antipsicóticos en el hígado son muy poco frecuentes. En los estudios de farmacovigilancia de 1993 a 2016 en 333175 pacientes solo se encontraron 246 casos (0,07%) de lesión grave y en ellos las transaminasas estaban elevadas por cinco y tenían síntomas y signos de enfermedad hepática.

Si hay que dar medicación antipsicótica en un paciente con enfermedad hepática como historia de esteatosis hepática no alcohólica o hepatitis, habría que utilizar inicialmente antipsicóticos con bajo riesgo de producir lesión hepática como el **ARIPIRAZOL, LURASIDONA O PALIPERIDONA**.

Iniciar con una dosis más baja de lo habitual, minimizar polifarmacia de otros fármacos con posibles afectaciones hepáticas, utilizar niveles en sangre y analíticas de función hepática inicial, a las seis semanas, y cada tres meses el primer año. Si ha habido lesiones hepáticas previas por psicótropos, puede ser necesario control semanal en las fases iniciales del tratamiento.

La medicación depot en pacientes con lesiones hepáticas no tiene recomendaciones excepto para la risperidona que recomienda empezar con 12,5 mg en vez de 25mg cada dos semanas.

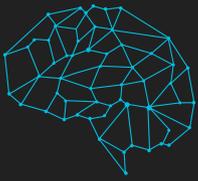
Recomendaciones en pacientes con sospecha de hepatotoxicidad por antipsicóticos.

Si la alteración de las analíticas es importante o la exploración física sospechosa, se debe parar la toma de medicación y solicitar evaluación por urgencias o hepatología en función de la severidad. Monitorización 1 o 2 veces por semana en caso de GOT por 3 o GPT o FA por 5 y entre 1 y 3 meses si las elevaciones son menos severas. Una vez se ha recuperado iniciar con otro antipsicótico con bajo riesgo a dosis bajas, con subidas cuidadosas, controles analíticos y seguimiento por el MAP o médico hospitalario. Se recomienda que el neuroléptico también sea de una clase diferente.

Tratamiento y prevención de Hepatotoxicidad con antipsicóticos

El síndrome metabólico se asocia a la hepatoesteatosis, así que la primera medida es utilizar un antipsicótico con poco impacto sobre el metabolismo. Sobre todo, si hay asociado problemas cardiovasculares. Dieta y vida saludable es la primera intervención. La metformina puede usarse para disminuir el riesgo metabólico con dosis entre 500 y 2000mg. También hay referencias a la N-acetilcisteína y la vitamina E, aunque con datos limitados en esta última. La educación a los pacientes sobre la aparición de síntomas como anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, ictericia, moratones fáciles, picazón, confusión y dolor abdominal pueden indicar un empeoramiento de la función hepática. Se debe incluir a cuidadores y familiares en esta información.

En la última parte del artículo se hace una mención especial a un dilema que pueden tener los psiquiatras de enlace en relación con pacientes con esquizofrenia refractaria al tratamiento que sólo ha respondido a la clozapina. La orientación actual para pacientes sin enfermedad hepática que están comenzando la terapia con clozapina es obtener pruebas de función hepática basal y mensualmente en los primeros 3 meses, y cada



6 meses posteriormente. Hay datos limitados sobre monitorear el uso de clozapina en personas con una enfermedad hepática. Algunos autores abogan por la interrupción debido al riesgo de empeoramiento de la función hepática o posible fallo, y otros recomiendan un control más frecuente de la función hepática. Los autores opinan que el equipo de enlace debe fomentar la exploración exhaustiva de otras etiologías de daño hepático antes de la interrupción de clozapina.

BIBLIOGRAFÍA

Matthew Gunther, M.D., M.A., Julie A. Dopheide, Pharm.D., B.C.P.P. Antipsychotic Safety in Liver Disease: A Narrative Review and Practical Guide for the Clinician. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry* 2023;64:73–82

PARA AÑADIR A NUESTRA LISTA DE LECTURA

Quisiera añadir estos tres artículos sobre el este mismo tema que constituyen en mi opinión artículos para guardar en nuestra lista de lectura particular.

Sedky K, Nazir R, Joshi A, Kaur G, Lippmann S. Which psychotropic medications induce hepatotoxicity? *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2012;34(1):53–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhospsych.2011.10.007>

Es un artículo imprescindible en la biblioteca del interconsultor y nos presenta una excelente guía de prescripción de psicofármacos en pacientes con problemas hepáticos. El conocimiento de la hepatotoxicidad asociada a los diferentes psicofármacos y la psicoeducación del paciente sobre los síntomas iniciales de hepatotoxicidad son los dos objetivos que nos debemos plantear con este artículo. La hepatotoxicidad se define como una elevación de las enzimas por encima de 1,25 de sus valores normales y/o la presencia de signos y síntomas como náuseas, vómitos, ictericia o edemas en extremidades inferiores. La elevación cinco veces las cifras normales se considera severa.

Crone CC, Gabriel GM, DiMartini A. An overview of psychiatric issues in liver disease for the consultation-liaison psychiatrist. *Psychosomatics* [Internet]. 2006 [cited 2013 Mar 4];47(3):188–205. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16684936>

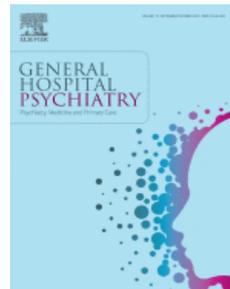
Es una visión general de aspectos del hígado y la Psiquiatría. Hay una primera parte en el que se nos habla del tema del metabolismo hepático, y nos permite hacernos un esquema útil sobre la patofisiología hepática. Nos muestra

la manera de calcular la puntuación del Child-Pugh y señala recomendaciones sobre determinados psicofármacos e hígado (alprazolam, sertralina, quetiapina, risperidona, aripiprazol, olanzapina o Duloxetina). Luego se centra en la hepatitis C y el Interferón, la encefalopatía hepática, la encefalopatía menor y la degeneración hepatocerebral adquirida también conocida como degeneración hepatocerebral no Wilson,

Telles-correia D, Barbosa A, Cortez-pinto H, Campos C, Rocha NBF, Machado S, et al. Psychotropic drugs and liver disease: A critical review of pharmacokinetics and liver toxicity. 2017;8(1):26–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28217372>

Una revista de fuera del área de la psiquiatría que complementa los conocimientos sobre esta materia. Muy útil.

PSICOONCOLOGIA



DEPRESSION AND ANXIETY IN OLDER ADULTS WITH CANCER : SYSTEMATIC REVIEW AND META-SUMMARY OF RISK, PROTECTIVE AND EXACERBATING FACTORS

Palabras clave: Depression, Anxiety, Oncology, Supportive care in oncology, Geriatric oncology, Psychosocial oncology

Objetivo: Realizar una evaluación sistemática de factores de riesgo de depresión y ansiedad en adultos mayores con cáncer.

Método: Esta revisión sistemática con metodología PRISMA (PROSPERO CRD42022372747) incluyó una búsqueda sistemática en bases de datos de estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos.

Resultados: Se incluyeron 33 estudios de cohortes con 31 que evaluaron la depresión y siete que evaluaron la ansiedad. La síntesis arrojó varios factores protectores y exacerbantes para la depresión y la ansiedad entre pacientes ancianos con cáncer. Estos factores abarcan una variedad de áreas: (1) Cáncer y factores relacionados con el tratamiento; (2) Factores médicos, físicos y funcionales; (3) Factores demo-



gráficos y; (4) Factores sociales y de estilo de vida. En el nivel individual, los factores más significativos fueron la presencia de **comorbilidades médicas crónicas, tener síntomas psicológicos y mal estado basal físico y funcional**. Dentro del aspecto social, el **grado de apoyo y la presencia de una pareja fueron los más significativos**.

Conclusión: El impacto deletéreo que los síntomas psicológicos comórbidos pueden tener en los adultos mayores con cáncer puede ser profundo. En esta revisión, destacamos una gama de factores protectores y exacerbantes identificados a partir de la cohorte estudios que pueden permitir a los formuladores de políticas adaptar e individualizar las intervenciones para controlar la depresión, la ansiedad y la carga asociada en esta población vulnerable. La relativa escasez de estudios que evalúan la ansiedad destaca una importante vacía de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Ryan A, Bin Y, Leong I, Lau G, Weiling A, Chun R, et al. Depression and anxiety in older adults with cancer : Systematic review and meta-summary of risk , protective and exacerbating factors. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2023;81(November 2022):32–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.01.008>

Comentario: La incidencia de cáncer está aumentando en los últimos años siendo el aumento de la esperanza de vida uno de los factores que están influyendo en este aspecto. Las complicaciones de la propia enfermedad y del tratamiento son factores que generan un importante estrés y carga emocional favoreciendo los cuadros de ansiedad y depresión en estos pacientes cuando comparamos sus datos con los de la población general. Los trastornos emocionales se asocian a un aumento de la mortalidad, así que su evaluación y tratamiento es un elemento esencial en un acercamiento global en estos pacientes y en este específico grupo de edad.

Los factores asociados al cáncer y su tratamiento son un primer grupo de factores para tener en cuenta, como cabría esperar, el peor pronóstico, y la presencia de más dolor y otros síntomas relacionados con el cáncer favorecen la aparición de cuadros depresivos, aunque no de ansiedad. Recibir terapia de privación de andrógenos parece que se asocia a ansiedad y con datos contradictorios en relación con la depresión. La quimioterapia, radioterapia y la cirugía se asocian también a más frecuencia de depresión y no hay estudios en relación con la ansiedad.

Los factores sociales y de estilo de vida destacando el apoyo social como factor protector y la falta de apoyo como generado de ansiedad y depresión. Fumar y beber alcohol también se asocia a un mayor riesgo de depresión, la realización de ejercicio regular no se asocia a depresión. La mayoría de estos factores no se han estudiado para la ansiedad.

En relación con los factores demográficos, un nivel alta de educación ejerce un factor protector en la mayoría de los estudios y con resultados contradictorios en la ansiedad. En relación con el sexo las mujeres tienen tres veces más riesgo tanto de ansiedad como de depresión.

Factores físicos y funcionales. La existencia de enfermedades crónicas y comorbilidades es un factor exacerbado de ansiedad y depresión, así como ser dependiente en las actividades de la vida diaria

La clasificación de los factores de estrés en estos cuatro grupos es de utilidad a la hora de organizar los factores que pueden favorecer los trastornos emocionales en este tipo de pacientes y en general para cualquier comorbilidad. Las escalas que se utilizan frecuentemente en estos estudios son la HADS y la GDS.

En resumen, artículo que nos ayuda a recordar los factores, que en su mayoría ya conocíamos, nos permite clasificarlos y pone de manifiesto que los estudios sobre ansiedad en este tipo de pacientes son menos frecuentes.

Cristina Pernas Pereiro

CATATONIA



ELECTROCONVULSIVE THERAPY-RESISTANT CATATONIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

Palabras clave: catatonía, treatment resistant, electroconvulsive therapy, memantine, NMDA receptor antagonists.

Antecedentes: la catatonía no tratada se asocia con complicaciones médicas graves que pueden requerir atención médica urgente. El Lorazepam y



la terapia electroconvulsiva (TEC) son efectivos para la catatonía en varios diagnósticos médicos o psiquiátricos. En casos raros, la TEC no logra una resolución completa de los síntomas catatónicos, particularmente en pacientes con catatonía crónica o con un trastorno psicótico primario. Se necesita una mayor evidencia sobre el tratamiento de la catatonía que no responde a la TEC.

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura sobre el tratamiento de la catatonía resistente a la TEC, que se define como una falta de respuesta completa al tratamiento con TEC. Presentamos el caso de un hombre de 52 años con diagnóstico de esquizofrenia donde la catatonía no respondió a Lorazepam y TEC, pero se resolvió después de la titulación de memantina.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura utilizando Medline/PubMed con las siguientes palabras clave: resistente al tratamiento, catatonía, terapia electroconvulsiva. Se revisaron las referencias de los artículos elegibles y las revisiones sistemáticas más recientes sobre el tratamiento de la catatonía.

Resultados: Se identificaron diecisiete pacientes en 12 reportes de caso en los que se describió el tratamiento de la catatonía después de ensayos fallidos de TEC. La mayoría tenían catatonía crónica y un diagnóstico de esquizofrenia. Los parámetros de la TEC y las medidas de resultado ictales no fueron informadas de manera consistente. Las modalidades de tratamiento para la catatonía resistente a la TEC incluyeron amantadina, memantina, refuerzo de la TEC con Lorazepam y medicamentos antiepilépticos y antipsicóticos como aripiprazol y clozapina.

Conclusiones: La revisión de la literatura y el caso nuevo recomiendan la reconsideración del diagnóstico de catatonía, la optimización de los tratamientos con TEC, el uso cauteloso de antipsicóticos, la consideración de la adición de Lorazepam a los tratamientos con TEC y/o el uso de antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato.

Comentarios: Este artículo incluye la presentación de un caso sobre un hombre de 52 años con antecedentes de esquizofrenia que ingresó en una unidad de Psiquiatría por catatonía. A su llegada, la Escala de calificación de catatonía Bush-Francis (BFCRS) otorgaba una puntuación de 14. Con anterioridad, se encontraba clínicamente estable con inyecciones de palmitato de Paliperidona y Perfenazina oral. Ambos tratamientos fueron suspendidos a su ingreso debido al riesgo de progresión hacia un síndrome neuroléptico maligno.

Se inició una titulación lenta de Lorazepam, sin encontrar mejoría significativa tras dos semanas con Lorazepam 3 mg tres veces al día (BFCRS 14->11). Los autores del artículo señalan que **el hierro sérico del paciente estaba bajo, condición que puede asociarse con una peor respuesta a benzodiazepinas**, así como con catatonía maligna con alto riesgo de desarrollar síndrome neuroléptico maligno. Dada la gravedad clínica, se decidió comenzar tratamiento con TEC. El paciente recibió 10 sesiones, con una frecuencia de 2 o 3 días por semana, consiguiendo una buena calidad convulsiva y manteniendo parámetros de tratamiento adecuados en función de su edad, género y medidas de resultado ictales anteriores. Sin embargo, no hubo una mejoría significativa (BFCRS oscilaba entre 11 y 14). **En la literatura se proponen 10 sesiones de TEC como punto de corte para establecer resistencia al tratamiento en catatonía cuando los parámetros son los apropiados.** El paciente finalizó el tratamiento con TEC tras la décima sesión y se inició tratamiento con memantina 5 mg al día, dado que este fármaco puede mejorar tanto la catatonía como la cognición (en este caso, se habían producido alteraciones cognitivas que habían sido puestas en relación con la TEC). De acuerdo con la literatura sobre catatonía, la memantina se tituló a 10 mg dentro de la primera semana y a 20 al final de la segunda. El Lorazepam fue reducido gradualmente a 1 mg tres veces al día. El paciente experimentó una mejoría continua, recuperando su rendimiento cognitivo y resolviéndose la catatonía (BFCRS 11->2) unas 4 semanas después de la introducción de memantina. A medida que se resolvió la catatonía, la sintomatología psicótica de su trastorno primario se hizo más evidente, retomándose el tratamiento con palmitato de Paliperidona unos días antes del alta y manteniendo memantina y Lorazepam.

En el artículo se expone una revisión sistemática de la literatura de aquellos casos de catatonía donde se describe qué tratamientos fueron utilizados tras demostrarse resistencia del cuadro a la TEC. Trece pacientes de los diecisiete casos revisados tenían un diagnóstico previo de un trastorno psicótico, la mayoría esquizofrenia. Las modalidades de tratamiento para la catatonía resistente a TEC que resultaron efectivas fueron: memantina, amantadina, refuerzo de TEC con Lorazepam y fármacos antiepilépticos y antipsicóticos (zonisamida, aripiprazol, clozapina). Se hipotetiza que la efectividad del aripiprazol en catatonía sea debida a su agonismo parcial sobre el receptor D2. Respecto a la clozapina, se sugiere que son necesarias dosis altas debido a



que solo así el fármaco puede modular neurotransmisores como el glutamato y/o el óxido nítrico, que pueden mejorar la catatonía. Sin embargo, el uso de antipsicóticos para el tratamiento de la catatonía requiere precaución, ya que estos fármacos pueden empeorar la catatonía o causar síndrome neuroléptico maligno. Guías clínicas recientes recomiendan considerar la administración de antipsicóticos cuando hay una alta sospecha clínica de un trastorno psicótico primario y resistencia al tratamiento.

Los autores recomiendan la realización de estudios sistemáticos para explorar el papel y la eficacia de la memantina y otros antagonistas del N-metil-D-aspartato en el tratamiento de la catatonía. El caso que describen parece ser el primero en la literatura donde se notifica una respuesta positiva con memantina para el tratamiento de la catatonía tras fracasar ensayos óptimos con TEC y Lorazepam. Aunque sería posible que la resolución del cuadro pudiera atribuirse a la TEC, la respuesta retardada a esta terapia es bastante inusual, especialmente después de 10 sesiones bilaterales de TEC de alta calidad. La respuesta de la catatonía a la TEC está bien documentada y con frecuencia suele ser drástica y rápida. Por tanto, los autores concluyen que la línea temporal de este caso sugiere que los buenos resultados fueron debidos al tratamiento con memantina.

Por último, en el artículo se reflexiona sobre la importancia de explorar otros diagnósticos en casos resistentes a las primeras líneas de tratamiento, así como de realizar una evaluación médica exhaustiva y optimizar el tratamiento con TEC como primeros pasos. Dado que la TEC tiende a ser menos efectiva en pacientes con trastornos neurológicos crónicos, se deberían descartar posibles patologías neurológicas subyacentes en aquellos casos de catatonía en los que no se consigue alcanzar o mantener remisión con TEC. A lo largo del artículo se incide en que el tratamiento subóptimo con TEC (**dosificación con electrodo unilateral, corrientes ultrabreves, carga de estímulo total baja, tratamiento de solo dos veces por semana**) puede resultar en un fracaso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Hasoglu, T., Francis, A., & Mormando, C. (2022). [Electroconvulsive Therapy-Resistant Catatonia: Case Report and Literature Review](https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.07.003). *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(6), 607–618. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.07.003>

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA.

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



En esta ocasión os traigo el enlace del [Centro Estratégico para la Educación Profesional sobre la Obesidad \(SCOPE\) que trata](#) de capacitarnos con el conocimiento y las habilidades que necesitaremos para brindar el mejor apoyo posible a los pacientes con obesidad. Esta plataforma en línea está acreditada por CME con módulos temáticos escritos y narrados por expertos internacionales. Los módulos están disponibles en inglés, francés, español y portugués, con voces en off de hablantes nativos, y la mayoría son gratuitos. Específicamente sobre Psiquiatría y salud mental hay tres, aunque muchos otros también pueden ser de utilidad y desde luego proporcionan información para que el residente conozca los principios básicos de este aspecto de la Psiquiatría de enlace. Los tres específicos son: Un módulo sobre el trastorno por atracón, otro sobre obesidad y discapacidad intelectual y dos en un único curso sobre aspectos generales en salud mental.

Además, la organización otorga si se alcanzan 12 créditos en sus cursos y se trabaja durante más de seis meses en unidad de tratamiento de cirugía bariátrica conseguir un título propio de esta institución.