



# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (IV)

**Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz**

*Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada* es una sección que de modo permanente aparecerá en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. Los tres próximos números de *NORTE de salud mental* considerarán los aspectos más interesantes de los **trastornos del estado de ánimo**, psicopatológicamente serios, con fuerte impacto en el discurrir de la vidas de quienes los padecen, comúnmente comórbidos con otras enfermedades psiquiátricas y con potencial para devenir en irreversible desenlace: el suicidio.

18 septiembre 2008

## Depresión Mayor Unipolar y Trastorno Afectivo Bipolar

### PREGUNTA 28:

Respecto al curso y pronóstico de la Depresión Mayor Unipolar (DMU) es FALSO:

- a) La DMU debuta habitualmente entre los 30–40 años con un pico de máxima incidencia entre los 40–60 años.
- b) La probabilidad de recurrencia de la DMU se incrementa con cada episodio sucesivo y a partir del tercer episodio la recurrencia es la norma.
- c) En la DMU cada nuevo episodio es de naturaleza exclusivamente depresiva.
- d) El episodio depresivo mayor unipolar puede responder al tratamiento únicamente con litio.
- e) Las tasas de cronicidad en la DMU se sitúan en el 25%.

### PREGUNTA 29:

Al hablar de reaparición de síntomas depresivos durante el periodo de recuperación de la enfermedad nos estamos refiriendo a:

- a) Recurrencia.
- b) Recuperación.
- c) Recidiva.
- d) Respuesta.
- e) Remisión.



**PREGUNTA 30:**

El porcentaje de pacientes que padecen depresión mayor y fallecen por suicidio es aproximadamente del:

- A) Menos del 5%.
- B) No más del 7%.
- C) Sobre un 15%.
- D) Aproximadamente del 25%.
- E) 29% y aún mayor.

**PREGUNTA 31:**

En los pacientes con enfermedad cardíaca crónica, en caso de depresión mayor, el tratamiento inicial recomendado es:

- A) ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- B) Trazodona.
- C) Bupropión.
- D) Venlafaxina.
- E) Nortriptilina.

**PREGUNTA 32**

La depresión bipolar presenta una serie de peculiaridades que a veces permiten distinguirla de la depresión unipolar. ¿Cuál de las siguientes características es más propia de la depresión unipolar?

- A) Mayor riesgo de suicidio.
- B) Afecta por igual a hombres y a mujeres.
- C) Inicio más temprano.
- D) Mayor agitación psicomotora.
- E) Hipersomnia.

**PREGUNTA 33**

En relación con la historia natural del trastorno bipolar: ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- A) Es una enfermedad episódica que dura toda la vida.
- B) El primer episodio en las mujeres suele ser depresivo.



- C) El primer episodio en los hombres suele ser maniaco.
- D) Un paciente no tratado puede presentar más de 10 episodios en su vida.
- E) El suicidio es más probable durante un episodio depresivo o mixto.

**PREGUNTA 34:**

Para poder diagnosticar trastorno afectivo bipolar subtipo I (TAB I) y según el DSM IV–TR es preciso:

- A) Un patrón evolutivo de depresión–manía–eutimia.
- B) Un patrón evolutivo de manía–depresión–eutimia.
- C) Episodios de únicamente hipomanía.
- D) Ausencia de manía yatrógena.
- E) La presencia previa de, al menos, de un episodio maníaco.

**PREGUNTA 35:**

La aparición de ciclos rápidos puede estar relacionada con diversas circunstancias médicas o farmacológicas. ¿Cuál de las siguientes opciones no se ha asociado con la aparición de estos ciclos?

- A) Hipotiroidismo.
- B) Lamotrigina.
- C) Alcoholismo.
- D) Drogadicción.
- E) Antidepresivos.

**PREGUNTA 36:**

En relación con la manía mixta: ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- A) Es un cuadro clínico en el que coexisten síntomas maníacos y mixtos.
- B) Tiene peor pronóstico que las manías puras.
- C) La recuperación tiende a ser más lenta que en las manías puras.
- D) El suicidio es más frecuente en las manías mixtas que en las puras.
- E) Los pacientes con manía mixta tienen menos conciencia de enfermedad que los pacientes con manía pura.



## RESPUESTAS y COMENTARIOS con BIBLIOGRAFIA

### Pregunta 28, Respuesta correcta: C

**Comentario:** Se han intentado determinar las características que pueden predecir qué pacientes unipolares cambiarán a bipolares en futuros episodios. Akiskal y cols. (1983) encontraron que los unipolares que siguieron un curso bipolar presentaron mayor retardo psicomotor, más síntomas psicóticos, más episodios postparto, más trastornos afectivos en familiares y más respuestas hipomaniacas a los fármacos antidepresivos, en comparación con los unipolares que se mantuvieron con el diagnóstico estable.

Independientemente de que estén en el primer episodio o no, el porcentaje de pacientes con depresión mayor unipolar (DMU) que presentarán en el futuro fases maníacas, depende del tiempo de observación y del número de episodios sufridos. El porcentaje referido por diferentes estudios oscila entre el 4% y el 39%.

La edad de inicio de los trastornos unipolares es mayor que la encontrada en los trastornos bipolares. En la DMU el pico máximo de incidencia se sitúa entre los 40–60 años.

Parece seguro que la probabilidad de recurrencias se va incrementando con cada nuevo episodio y a partir del tercer episodio de la enfermedad las recurrencias son la norma.

La mayoría de estudios con muestras representativas encuentran en la DMU una tasa de cronicidad entre el 15% y el 25% en bipolares y unipolares respectivamente.

El episodio depresivo mayor unipolar puede responder al tratamiento exclusivamente con litio, si bien es cierto que el litio se utiliza normalmente como potenciador del tratamiento antidepresivo estándar previamente pautado.

### Bibliografía:

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Animo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed MASSON 2004 pag 510–521.

- George W. Arana . Handbook of Psychiatric Drug Therapy. 4ª ed, pág 126. Editorial L. Williams & Wilkins, 2000.

### Pregunta 29, Respuesta correcta: A

**Comentario:** Durante la recuperación —período posterior a la remisión— no se presentan síntomas depresivos durante más de 8 semanas e indica que el trastorno está en reposo.

La recidiva —recaída es la reaparición de los síntomas durante el período de remisión e implica una continuación del primer episodio.

La remisión se define como el estado en el que se presentan pocos o ningún síntoma depresivo durante al menos 8 semanas.

La recurrencia es la reaparición tardía de los síntomas (durante la recuperación) y sugiere el desarrollo de un nuevo episodio.

Estas distinciones resultan en ocasiones complicadas en la práctica clínica. Por ejemplo los síntomas residuales leves de un episodio inicial o la disfunción psicossocial persistente pueden obviarse o atribuirse a la patología caracterial después de haber mejorado las manifestaciones más exageradas de un episodio; de ahí se puede concluir erróneamente que la reaparición de los síntomas más graves constituye un nuevo episodio, en lugar de una exacerbación del primero.

### Bibliografía:

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Animo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed MASSON 2004 pag 443.

### Pregunta 30, Respuesta correcta: C

**Comentario:** Diferentes estudios han confirmado que el 15% de pacientes que padecen depresión mayor fallecen por suicidio.

### Bibliografía:

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Animo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed MASSON 2004 pag 440–441.



### Respuesta correcta pregunta 31: A

**Comentario:** Los ISRS (Inhibidores Selectivos Recaptación Serotonina) son los fármacos recomendados porque no ejercen efecto sobre la conducción cardiaca o la presión arterial.

Los antidepresivos heterocíclicos (ADT) pueden descompensar gravemente un corazón previamente insuficiente. A pesar de ello la nortriptilina podría ser una opción interesante en caso de intolerancia a los ISRS porque presenta menor riesgo de hipotensión arterial que otros ADT y no modifica la fracción de eyección en pacientes depresivos con disfunción ventricular izquierda.

La trazodona puede incrementar la actividad ectópica ventricular.

El bupropión puede ser una alternativa a los ISRS por su seguridad cardiovascular pero a dosis elevadas puede producir incremento de la TA y ectopismo ventricular.

Hasta el 3% de pacientes que toman venlafaxina presentan incrementos de la TA. La hipertensión yatrogénica por venlafaxina es dosis dependiente.

#### Bibliografía:

- Govantes C.A., Oca L., Vázquez M. Manejo de Psicofármacos en Poblaciones Médico-Quirúrgicas Específicas. En Tratado de Psicofarmacología: Bases y Aplicación Clínica. Salazar M, Peralta C., Pastor J., editores. Editorial Médica Panamericana 2005, págs: 190–191.

### Pregunta 32, Respuesta correcta: D

**Comentario:** Las depresiones unipolar y bipolar presentan una serie de peculiaridades que en ocasiones pueden ayudar a su diferenciación, aunque con frecuencia estas distinciones no son tan obvias. La depresión bipolar suele ser de inicio más temprano, de instauración más brusca y cursar con un mayor número de episodios. Otra particularidad es que afecta por igual a hombres que a mujeres, a diferencia de la unipolar que afecta más a mujeres. Los síntomas atípicos como la hipersomnia son más propios de la depresión bipolar. Mayor entencimiento psicomotor y letargo también,

no así la agitación psicomotora, que es más frecuente en la depresión unipolar. Aunque ambos trastornos presentan un riesgo de suicidio elevado, se considera mayor el de la depresión bipolar. Mayor probabilidad de presentar síntomas psicóticos en pacientes más jóvenes, menor eficacia de los antidepresivos, mayor eficacia del litio, e historia familiar de manía y depresión, son otras características más propias de la depresión bipolar.

#### Bibliografía:

- Dubovsky SL, Davies R, Dubosky AN. Trastornos del estado de ánimo. En: Fundamentos de Psiquiatría Clínica. 2ª edición. Hales RE, Yudofsky SC. Edición española. Masson SA, 2006, 266–268.

### Pregunta 33, Respuesta correcta: C

**Comentario:** El trastorno bipolar es generalmente una enfermedad episódica que dura toda la vida del paciente y que muestra una evolución variable. Tanto los hombres como las mujeres tienen una probabilidad más elevada de que su primer episodio sea depresivo, aunque los hombres, en comparación con las mujeres, tienen una probabilidad mayor de sufrir inicialmente un episodio maniaco. Los pacientes con trastorno bipolar no tratado pueden presentar más de 10 episodios de manía y depresión a lo largo de toda su vida, y es frecuente la estabilización de la duración de los episodios y de los períodos entre los mismos tras el cuarto o quinto episodio. El suicidio consumado tiene lugar en aproximadamente el 10–15% de los pacientes con trastorno bipolar. El suicidio es más probable durante un episodio depresivo o mixto (manía disfórica).

#### Bibliografía:

- Hirschfeld, RM, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Perlis RH, Suppes T, Thase ME, Wagner KD. Work Group on Bipolar Disorder. Pacientes con trastorno bipolar: protocolo de práctica clínica para su tratamiento. En: Trastorno bipolar. Focus Apa Lifelons Learning In Psychiatry. Hales DJ, Rapaport MH.



Traducción al español, Medical Trends SL. 2005, 83–84.

**Pregunta 34, Respuesta correcta: E**

**Comentario:** El TAB I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos con/sin la presencia de hipomanía. En el TAB II se presentan uno o más episodios hipomaníacos, pero nunca manía. La evidencia de que el TAB I es distinto del TAB II proviene de varias fuentes. Los pacientes con TAB II nunca presentan manía, pese a los múltiples episodios hipomaníacos. Los ciclos rápidos parecen ser más comunes en el TAB II.

**Bibliografía:**

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Ánimo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed Masson 2004 pág 454.

**Pregunta 35, Respuesta correcta: B**

**Comentario:** Un primer paso importante ante un paciente con ciclos rápidos es evaluar y tratar las enfermedades médicas que pueden estar contribuyendo a la aparición de éstos ciclos, como el hipotiroidismo, el consumo de sustancias o el alcoholismo. Algunos medicamentos, sobre todo antidepresivos, también pueden contribuir a los ciclos rápidos. La lamotrigina no se ha asociado a la aparición de éstos ciclos. Es más, estudios recientes apoyan el uso de la lamotrigina en el trastorno bipolar con ciclos rápidos (especialmente en los pacientes con características depresivas que son la mayoría de los que presentan el trastorno bipolar II de ciclos rápidos) y sugieren que el tratamiento medicamentoso de combinación es a menudo superior a la monoterapia.

**Bibliografía:**

- Hirschfeld, RM, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Perlis RH, Suppes T, Thase ME, Wagner KD. Work Group on Bipolar Disorder. Pacientes con trastorno bipolar: protocolo de práctica clínica para su tratamiento. En: Trastorno bipolar. Focus Apa Lifelons Learning In Psychiatry. Hales DJ, Rapaport MH. Traducción al español, Medical Trends SL. 2005, 100–101.

**Pregunta 36, Respuesta correcta: E**

**Comentario:** La manía mixta es un cuadro de gran complejidad psicopatológica y de especial gravedad, en el que coexisten síntomas maníacos y depresivos. Los estados mixtos tienen peor pronóstico que las manías puras a corto y largo plazo. Comparados con los pacientes maníacos puros, los mixtos muestran un inicio a edades más tempranas y la recuperación de los episodios tiende a ser más lenta. El riesgo de suicidio es comparable por su gravedad y frecuencia al de los pacientes depresivos, siendo una de las implicaciones más graves asociadas a su diagnóstico, que nos obliga a ser especialmente cuidadosos a la hora de identificarlos y tratarlos. Los pacientes con manía mixta tienen más conciencia de enfermedad que los maníacos puros.

**Bibliografía:**

- González-Pinto A, Crespo JM. Curso, pronóstico y tratamiento de los trastornos bipolares. Cap 77. En: Tratado de Psiquiatría. Vallejo J, Leal C Vol II. Psiquiatría Editores SL. 2005, 1197–1198.

