

Evaluación psiquiátrica prospectiva de una muestra española de receptores de trasplante cardiaco



Prospective Psychiatric Assessment of a Cohort of Spanish Heart Transplant Recipients

Sr. Editor:

El trasplante cardiaco (TxC) es el tratamiento de elección en los casos de insuficiencia cardiaca grave refractaria al tratamiento médico o quirúrgico. Sin embargo, es también una intervención invasiva y puede ocasionar importantes repercusiones psiquiátricas a los receptores. En las últimas décadas, los investigadores de programas de TxC han hecho énfasis en la importancia de llevar a cabo una selección de pacientes adecuada, tratando de identificar la existencia de factores psicosociales que pueden influir en el resultado clínico antes y después del trasplante¹. Hasta la fecha, no existe un registro nacional sistemático de factores psiquiátricos².

El objetivo de este estudio prospectivo observacional es describir las principales variables psiquiátricas durante el periodo de lista de espera, realizando un seguimiento psicopatológico 12 meses después del TxC. Se utilizó un método de muestreo no probabilístico o incidental de los pacientes incluidos consecutivamente en el programa de TxC del Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 2006 y diciembre de 2012, que recibieron trasplante y aceptaron participar en el protocolo de seguimiento firmando el documento de consentimiento informado. El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Respecto al cálculo del tamaño muestral, aceptando un riesgo $\alpha = 0,05$ y un riesgo $\beta < 0,2$ en un contraste unilateral, eran necesarios como mínimo 9 sujetos para detectar una diferencia ≥ 5 puntos en la escala psiquiátrica utilizada. Se asumió una desviación estándar de 5,3 y un 20% de pérdidas durante el seguimiento.

En la evaluación basal, se recogieron variables clínicas y psiquiátricas y se aplicaron las versiones españolas validadas de estos instrumentos: a) entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I y el eje II del DSM-IV (SCID) de la *American Psychiatry Association*³, y b) la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)⁴, que es una escala de cribado autoaplicada de 14 ítems. La puntuación total de la escala está comprendida entre 0 y 42 puntos (cada subescala tiene un máximo de 21 puntos). El punto de corte que se estableció para el cribado fue de 12 puntos para la morbilidad psiquiátrica y de 8 puntos para las subescalas de trastornos depresivos y ansiosos. Esta escala se volvió a aplicar en la evaluación de seguimiento a los 12 meses del TxC.

La muestra inicial estuvo constituida por 78 pacientes incluidos en programa de TxC, de los que 17 no completaron el protocolo de seguimiento a los 12 meses del TxC (9 pacientes se perdieron del seguimiento y 8 fallecieron durante el posoperatorio debido a complicaciones relacionadas con el trasplante).

En la tabla se proporcionan las características clínicas recogidas en la evaluación previa al TxC. El perfil clínico cardiológico de la muestra es similar al registrado en los programas nacionales de TxC. En la evaluación basal, un 41% de los pacientes presentaban una puntuación HADS total por encima del punto de corte para el cribado de morbilidad. Este porcentaje disminuyó al 21% en la evaluación de seguimiento.

Las puntuaciones medias en la escala HADS obtenidas en las dos evaluaciones quedan reflejadas en la figura. Respecto a la comparación de medias para medidas repetidas, en un primer paso se comprobó la normalidad y la bondad de ajuste de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. En un segundo paso, se utilizó la prueba de la t de Student para las variables que seguían una distribución normal (HADS total y subescala de

ansiedad) y la prueba no paramétrica de Wilcoxon de los rangos con signo para la subescala HADS depresión, que seguía una distribución no normal. El análisis estadístico mostró disminuciones estadísticamente significativas a los 12 meses del TxC, tanto en la puntuación total ($p < 0,001$) como en las puntuaciones de las subescalas de depresión ($p < 0,001$) y ansiedad ($p = 0,04$).

En concordancia con los resultados publicados por otros grupos de investigación^{5,6}, en nuestra muestra también hemos encontrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos durante el periodo de lista de espera (32%), principalmente trastornos depresivos y de ansiedad. Aunque las puntuaciones medias obtenidas en la HADS están por debajo del punto de corte que indica morbilidad, 12 meses después del TxC se produce una disminución significativa de los síntomas de ansiedad y depresión.

La principal limitación de este estudio es que no se puede determinar la influencia de las variables psiquiátricas en el curso clínico evolutivo posterior al TxC, dado que no se diseñó para realizar un análisis de predicción. Con la finalidad de extrapolar estos resultados y determinar con más precisión la magnitud de los

Tabla

Características clínicas de la muestra en la evaluación basal (n = 78)

Edad (años)	55,8 ± 9,1 (30-72)
Varones (%)	77
Edad al inicio de cardiopatía (años)	44,9 ± 11,2 (9-64)
Duración de la enfermedad pre-TxC (años)	11,4 ± 8,4 (0-42)
Etiología de la cardiopatía	
Cardiomiopatía isquémica	33 (42)
Cardiomiopatía no-isquémica	24 (31)
Valvular	7 (9)
Congénita	2 (2,6)
Otras causas	12 (15)
Antecedentes psiquiátricos personales	
Sin antecedentes	47 (60)
Con antecedentes	31 (40)
Trastorno depresivo	9 (12)
Trastorno por uso de sustancias	8 (10)
Trastorno de ansiedad	7 (9)
Trastorno del sueño	4 (5)
Trastorno adaptativo	3 (4)
Trastorno psiquiátrico actual	
Sin trastorno mental	53 (68)
Con trastorno mental	25 (32)
Trastorno depresivo	8 (10)
Trastorno del sueño	8 (10)
Trastorno de ansiedad	7 (9)
Trastorno de personalidad*	2 (3)
Tratamiento psicofarmacológico actual	
Sin tratamiento psicofarmacológico	53 (68)
Con tratamiento psicofarmacológico	25 (32)
Benzodiacepinas	11 (14)
ISRS	6 (8)
ISRS y benzodiacepinas	4 (5)
IRSN	2 (3)
Otros antidepresivos	2 (3)

IRSN: inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TxC: trasplante cardiaco.

* Un paciente cumplía criterios de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y otro, de trastorno límite.

Salvo otra indicación, los valores expresan media ± desviación estándar (intervalo) o n (%).

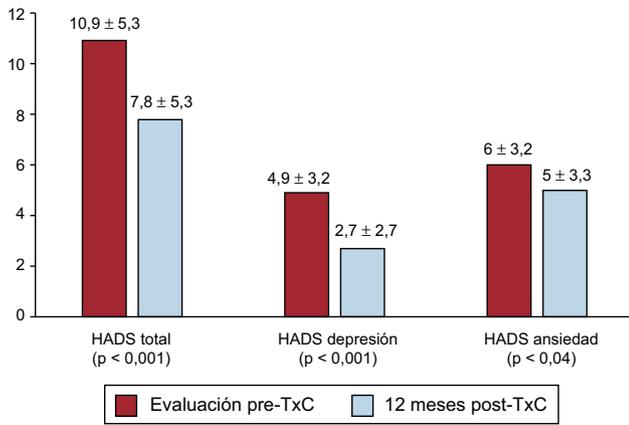


Figura. Puntuaciones de la escala HADS en el periodo previo al trasplante cardiaco y en el seguimiento a los 12 meses del trasplante. HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; TxC: trasplante cardiaco. Los valores expresan media \pm desviación estándar.

cambios psicopatológicos producidos después del TxC, serían necesarios estudios con muestras más amplias.

La evaluación psiquiátrica es importante en todo el proceso de TxC, pues permite detectar precozmente y tratar a los pacientes en riesgo de sufrir alteraciones psicopatológicas. A partir de nuestros datos podemos concluir que, en general, además de la recuperación física asociada al TxC, también se produce una mejoría psicopatológica a los 12 meses de seguimiento.

Roberto Sánchez^{a,b,*}, Eva Baillès^c, Anna Bastidas^c, Félix Pérez-Villa^d, Antonio Bulbena^{a,b} y Luis Pintor^{b,c}

^aDepartamento de Psiquiatría, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Control de lipoproteínas de baja densidad en población extremeña en función del sexo y del riesgo cardiovascular



Influence of Gender and Cardiovascular Risk on the Control of Low-density Lipoprotein in a Population From Extremadura

Sr. Editor:

La última guía sobre manejo de dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis propone la creación de cuatro niveles de riesgo cardiovascular (muy alto, alto, moderado y bajo), para facilitar la toma de decisiones y la mejor estrategia terapéutica¹.

Sin embargo, diferentes estudios señalan aproximaciones diagnósticas y terapéuticas del riesgo cardiovascular (RCV) diferentes para mujeres y varones, tanto en prevención primaria como en secundaria, con tendencia al infratratamiento farmacológico de las mujeres en prevención secundaria o de alto RCV y al sobretratamiento en prevención primaria de las mujeres de bajo RCV²⁻⁴.

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de control de la concentración de lipoproteínas y la prescripción de fármacos hipolipemiantes en las diferentes categorías de estratificación del RCV¹, estimado con la función de Framingham-REGICOR⁵ en la población extremeña de edad ≥ 35 años (1.170 mujeres y 1.042 varones) del estudio HERMEX⁶. Se recogieron antecedentes de factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, mediciones antropométricas, presión arterial, índice tobillo-brazo, toma de

^bDepartamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

^cDepartamento de Psiquiatría, Institut de Neurociències, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^dUnidad de Trasplante Cardiaco, Departamento de Cardiología, Instituto Clínico del Tórax, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: 39639rsg@gmail.com (R. Sánchez).

On-line el 27 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- Coglianesee EE, Samsi M, Liebo MJ, Heroux AL. The value of psychosocial factors in patient selection and outcomes after heart transplantation. *Curr Heart Fail Rep*. 2015;12:42-7.
- González-Vílchez F, Gómez-Bueno M, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Arizón JM, Palomo J, et al. en representación de los Equipos Españoles de Trasplante Cardiaco. Registro Español de Trasplante Cardiaco. XXV Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante Cardiaco de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2013). *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:1039-51.
- American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277-83.
- Triffaux JM, Wauthy J, Bertrand J, Limet R, Albert A, Anseau M. Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *Eur Psychiatry*. 2001;16:180-5.
- Zipfel S, Schneider A, Jünger J, Herzog W. Anxiety, depressive symptoms and heart transplantation. En: Molinari E, Compare A, Parati G, editores. *Clinical psychology and heart disease*. Milano: Springer; 2010. p. 149-63.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.029>

hipolipemiantes y análisis sanguíneos. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 22.0 para Windows. Las diferencias de medias y medianas se calcularon mediante la prueba de la t de Student o la U de Mann-Whitney respectivamente y las diferencias entre proporciones, con la prueba de la χ^2 o el test exacto de Fisher. El análisis multivariable se realizó mediante regresión logística, con el método introducir, considerándose variable dependiente alcanzar o no las cifras objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) en las categorías de RCV muy alto o alto. Como variables independientes, se introdujeron todas las que mostraron asociación con $p < 0,10$ en el análisis bivariable y otras, como edad, antecedentes de tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, arteriopatía periférica o enfermedad renal crónica asociadas al consumo de hipolipemiantes en la bibliografía.

La media de edad de la población incluida era 53,3 años; el 31,2% eran fumadores y el 35,4% tenía criterios de hipercolesterolemia; el 48,5% de los considerados hipercolesterolémicos estaban en tratamiento con fármacos hipolipemiantes (el 46,9% de los varones frente al 50,0% de las mujeres; $p < 0,05$) (tabla 1).

La distribución por categorías de RCV mostró que el 27,1% de los varones pertenecían a las categorías de RCV muy alto o alto, frente al 20,8% de las mujeres ($p < 0,05$), mientras que el 75,6% de las mujeres presentaban un RCV bajo frente al 56,8% de los varones ($p < 0,001$). El 51,9% de los varones de RCV muy alto o alto tomaban fármacos hipolipemiantes, frente al 33,7% de las mujeres ($p < 0,05$), mientras que en la categoría de riesgo bajo tomaba hipolipemiantes el 8,8% de los varones, frente al 12,7% de las mujeres ($p < 0,05$). Nuestro estudio no investigó dosis ni tipo de fármaco prescrito pero, dado el