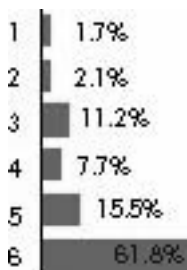


Psicofarmacología Psicodinámica IV

Actualizaciones 2003

Psicofarmacología basada en la evidencia
Consultas al auditorio por el sistema interactivo

Deterioro cognitivo del espectro esquizofrénico en el largo plazo. ¿Tratamiento con antipsicóticos discontinuo o permanente?



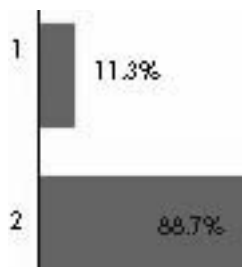
SEÑALE DURANTE QUÉ LAPSO DE TIEMPO TRATA EL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO EN LA RECURRENCIA

(A PARTIR DEL SEGUNDO BROTE)

Tratamiento discontinuo

1. 0-3 meses.
2. 3-6 meses.
3. 6-12 meses.
4. 1-2 años.
5. 2-4 años.
6. + de 4 años (tratamiento permanente).

(pregunta de opinión)

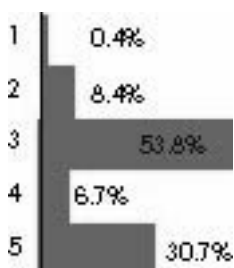


SEÑALE QUÉ ANTIPSICÓTICOS UTILIZA PARA TRATAR LA RECURRENCIA DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO

(A PARTIR DEL SEGUNDO BROTE)

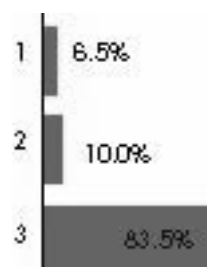
1. Aps convencionales.
2. Aps atípicos.

(pregunta de opinión)



EL DÉFICIT COGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA:

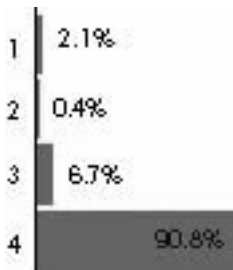
1. Es de rara aparición.
 2. No influye en el pronóstico de la EQ.
 3. Señala un mal pronóstico de la EQ. (correcta)
 4. Es la manifestación de síntomas positivos de la EQ.
 5. Es la manifestación de síntomas negativos de la EQ.
-



LOS APS CONVENCIONALES:

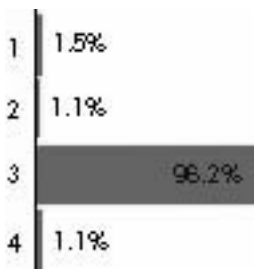
1. Mejoran el déficit cognitivo con el tratamiento a largo plazo.
2. Mejoran los síntomas esquizofrénicos y el déficit cognitivo. (correcta)
3. Mejoran los síntomas esquizofrénicos y tienen escasos efectos sobre el déficit cognitivo.

Diferencias diagnósticas y de tratamiento entre el Trastorno por Estrés Extremo (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, DESNOS) y el Trastorno por Estrés Post-traumático (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)



¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS SON NECESARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS EXTREMO?

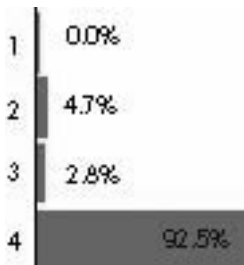
1. Alteración en la regulación de los afectos, modulación de la agresión, conductas autoagresivas, excesiva toma de riesgos.
2. Sentimiento de incapacidad, de culpa, de vergüenza, de minusvalía, somatizaciones.
3. Amnesia, episodios disociativos, desesperanza, despersonalización, incapacidad de confiar, revictimización, victimización de otros.
4. 1 + 2 + 3 son correctas. (correcta)



¿CÓMO SE IMPLEMENTA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS EXTREMO?

1. Psicofarmacológicamente.
2. Con psicoterapia para movilizar la memoria traumática.
3. En tres etapas:
 - a) estabilización (con o sin Tratamiento Psicofarmacológico).
 - b) procesamiento de la memoria traumática.
 - c) reintegración y rehabilitación. (correcta)
4. Con terapia cognitivo- conductual.

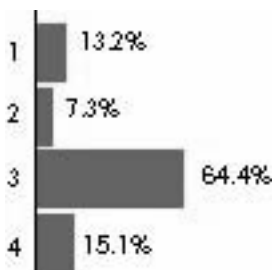
Diferencias clínicas de neuroimágenes y de tratamiento entre los trastornos cerebrales degenerativos y vasculares



¿QUÉ AFIRMACIONES SOBRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEMENCIA VASCULAR SON CORRECTAS?

- A. Las clasificaciones diagnósticas (NINDS-AIREN, Hachinski, DSM-IV, ICD-9) no las definen confiablemente.
- B. La evaluación clínica no puede diferenciar en forma confiable la demencia degenerativa de la vascular.
- C. Las medicaciones disponibles tienen un efecto clínico modesto pero objetivable.
- D. La interacción entre enfermedad cerebrovascular y Enfermedad de Alzheimer no es totalmente conocida.
- E. Trabajos recientes postulan un origen vascular de la Enfermedad de Alzheimer.

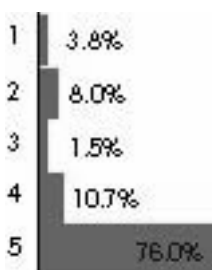
1. A es correcta.
2. A + B + C son correctas.
3. Ninguna es correcta.
4. Todas son correctas. (correcta)



EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, LA SOBREVIVENCIA...

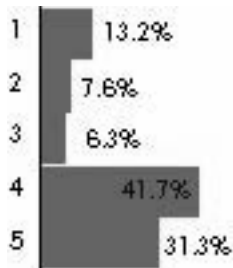
1. No cambia.
2. Es mayor debido a un efecto "protector" secundario a la hipoperfusión.
3. Es menor por efecto de los factores de riesgo vascular.
4. Es menor, independientemente del efecto de los factores de riesgo vascular. (correcta)

Profilaxis y repercusiones en la presión arterial y en el sistema cardiovascular por el uso de antidepresivos de última generación. ¿Riesgos o beneficios para los pacientes depresivos en el tratamiento de largo plazo?



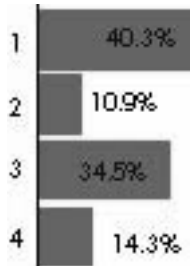
PARA USTEDES...

1. La depresión puede causar enfermedad cardiovascular.
2. La enfermedad cardiovascular puede causar depresión.
3. No existe relación fisiopatológica entre ambas.
4. Sólo existen evidencias que demostraron que la depresión puede aparecer post-infarto de miocardio empeorando el pronóstico.
5. 1 y 2 son correctas. (correcta)



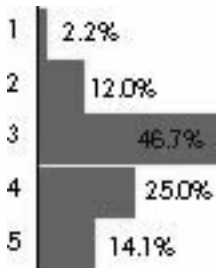
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SE ASOCIA A MAYOR RIESGO DE:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Demencia.
3. Leucoarariosis.
4. 1 y 3. (correcta)
5. 2 y 3.



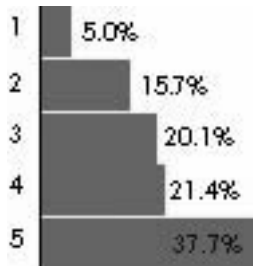
LAS SITUACIONES DE ESTRÉS SE ASOCIAN FRECUENTEMENTE A LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (SEÑALE AL RESPECTO LA OPCIÓN CORRECTA):

1. El estrés crónico aumenta persistentemente la presión arterial.
2. El estrés es el sustrato fisiopatológico de la hipertensión arterial nerviosa.
3. El estrés puede aumentar de modo agudo la presión arterial.
4. Sólo el estrés emocional se asocia a hipertensión arterial.



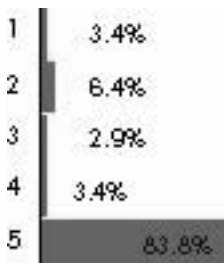
EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ANTI-HIPERTENSIVO ES ALCANZAR UNA PRESIÓN ARTERIAL MENOR A 140-90MM/HG. EN NUESTRO PAÍS, ¿QUÉ PORCENTAJE DE LOS HIPERTENSOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ESTIMA USTED QUE ALCANZARÁN ESTE OBJETIVO?

1. 100%.
2. 80%.
3. 50%.
4. 25%.
5. 14%.



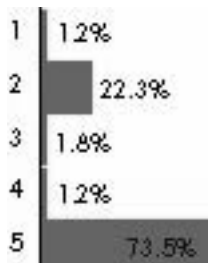
¿CUÁL ES SU INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA ACERCA DEL INCREMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL?

1. HTA sisto-diastólica. Esto es un efecto secundario del tratamiento.
2. HTA sistólica aislada. Esto es un efecto secundario del tratamiento.
3. HTA sistólica aislada. No es un efecto secundario del tratamiento. (correcta)
4. En cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente es indicación para suspender el tratamiento.
5. 2 y 4 son correctas.



EL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON DEPRESIÓN PUEDE ATRIBUIRSE A:

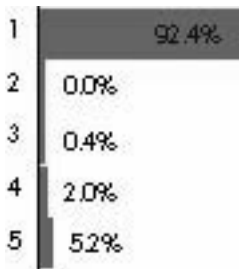
1. Incremento del tono vasoconstrictor coronario.
2. Disfunción endotelial mediada por factores neurohumorales.
3. Reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.
4. Desregulación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.
5. Todas son correctas. (correcta)



SEÑALE LOS POTENCIALES BENEFICIOS CARDIOVASCULARES DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO EN UN HIPERTENSO SEGÚN EL FÁRMACO ELEGIDO:

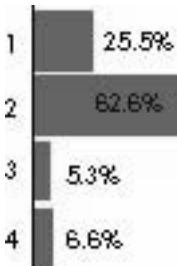
1. Con IRSS, incremento de la variabilidad del intervalo RR que se asociaría a reducción de la hiperactivación simpática y de la inhibición colinérgica.
2. Con IRSN, ídem a IRSS y además reducción de la presión de pulso (diferencia entre la sistólica y la diastólica).
3. Con IMAO hay reducción de la presión arterial y de la mortalidad coronaria en el paciente con infarto previo.
4. Con tricíclicos hay un efecto antiarrítmico.
5. 1 y 2 son correctas. (correcta)

Esquizofrenia: ¿qué hay de nuevo en lo neurobiológico y genético?



LA ESQUIZOFRENIA ES UN DESORDEN ATRIBUIDO A UNA CAUSA:

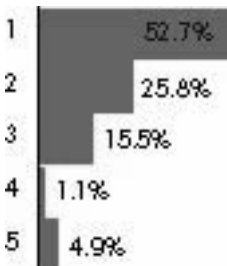
1. multifactorial. (correcta)
2. genética.
3. degenerativa.
4. vincular (“madre esquizofrenizante”).
5. del neurodesarrollo.



¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ASEVERACIONES ES LA ERRÓNEA?

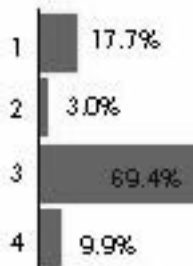
1. La esquizofrenia se asocia a una alteración en la poda (pruning) de sinapsis ocurrida en la adolescencia.
2. Se ha hallado evidencia de gliosis en cerebros de pacientes esquizofrénicos. (correcta)
3. Existen evidencias de alteración del desarrollo neuronal.
4. Hay evidencias de alteraciones en la migración neuronal.

Tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. ¿Existe evidencia clínica suficiente?



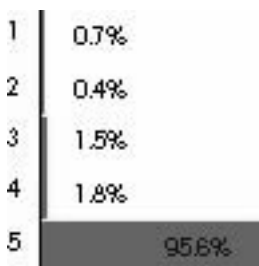
¿CUÁL ES EL ESTABILIZANTE DEL ÁNIMO QUE MÁS UTILIZA EN EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE SUS PACIENTES BIPOLARES?

1. Litio.
 2. Divalproato.
 3. Carbamazepina.
 4. Oxcarbamazepina.
 5. Antipsicóticos.
- (pregunta de opinión)



INDICAR CUÁL ES INCORRECTA:

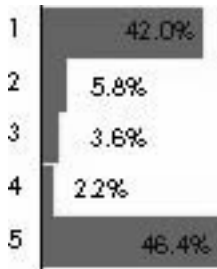
1. El trastorno bipolar es deteriorante.
2. El suicidio es frecuente en bipolares. (correcta)
3. Las comorbilidades no empeoran el pronóstico de trastorno.
4. Las alteraciones en neuroimágenes aparecen en depresión o manía.



INDICAR CUÁL ES CORRECTA:

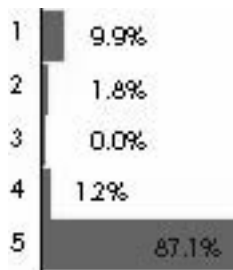
1. Pacientes con litemias bajas presentan más recaídas.
2. Pacientes con Divalproato tienen más adherencia al tratamiento que pacientes con litio a largo plazo.
3. El litio tiene mayor eficacia en pacientes con primer episodio maniaco.
4. Los antipsicóticos atípicos son útiles en manía y en depresión.
5. Todas son correctas. (correcta)

Evidencias en similitudes y diferencias de los antidepresivos de última generación



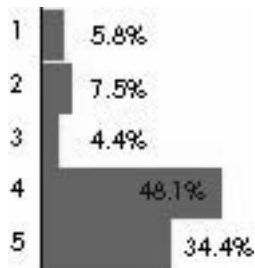
¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES IRSS SON MEZCLAS RACÉMICAS?

1. Citalopram.
2. Fluoxetina.
3. Sertralina.
4. Paroxetina.
5. 1 y 2 son correctas. (correcta)



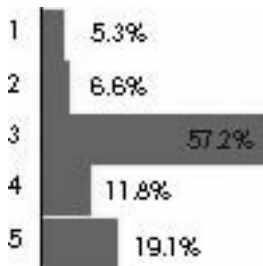
EL ESCITALOPRAM FUE ESTUDIADO EN:

1. Depresión.
2. Ansiedad generalizada.
3. Trastorno de pánico.
4. Ansiedad social.
5. Todas son correctas. (correcta)



¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIDEPRESIVOS NO TIENE ACCIÓN DUAL?

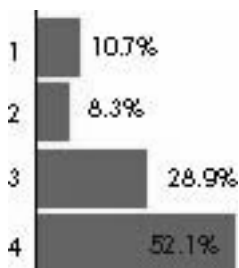
1. Duloxetina.
2. Milnacipran.
3. Venlafaxina.
4. Clomipramina.
5. Reboxetina. (correcta)



¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ES CORRECTA?

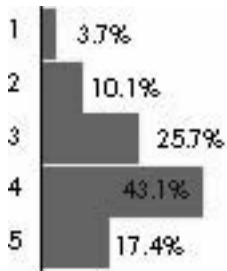
1. Milnacipran y Duloxetina inhiben en forma equilibrada la recaptación de serotonina y noradrenalina.
2. La Venlafaxina a dosis bajas inhibe predominantemente la recaptación de serotonina.
3. La Mirtazapina disminuye el apetito y el peso. (correcta)
4. Los antidepresivos duales parecen ser más efectivos que los IRSS en pacientes graves.
5. El Milnacipran y la Duloxetina parecen ser más eficaces en el tratamiento de síntomas dolorosos.

Diferencias del Trastorno por Déficit de Atención en el niño y el adulto. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas



EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES: ¿A CUÁNTOS PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD HA ATENDIDO?

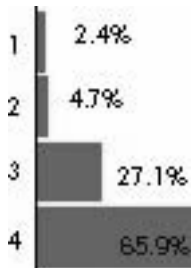
1. A más de 5 pacientes.
 2. Entre 2 y 5 pacientes.
 3. Entre 1 y 3 pacientes.
 4. A ninguno.
- (pregunta de opinión)



LA PREVALENCIA ESTIMADA DE ESTE TRASTORNO EN ADULTOS ES:

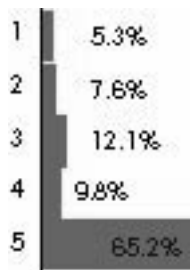
1. 0.04%.
2. 0.4%.
3. 1.5%.
4. 4%. (correcta)
5. 7%.

Aspectos neurobiológicos y clínicos en el tratamiento del paciente fronterizo o borderline



RESPECTO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS, LA CHANCE GLOBAL DEL TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD DE SER TRATADO CON ÉXITO, EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS...

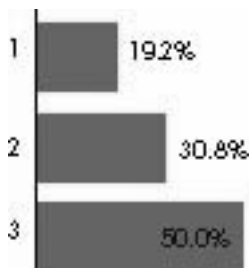
1. Empeoró.
2. Permanece sin cambios.
3. Es levemente mejor.
4. Mejoró significativamente. (correcta)



EN RELACIÓN A LOS AVANCES, TANTO FARMACOLÓGICOS COMO DE LAS GUÍAS DE CALIDAD, USTED CONSIDERA QUE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO PARA EL TBP EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS...

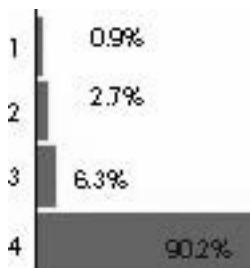
1. No varió.
2. Se acortó poco significativamente.
3. Se acortó significativamente.
4. Se prolongó poco significativamente.
5. Se prolongó significativamente. (correcta)

Espectro de acción de los antipsicóticos en trastornos no-esquizofrénicos



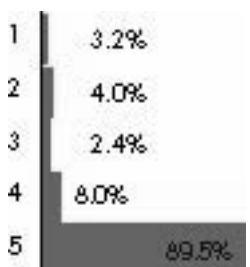
EN PACIENTES QUE PRESENTAN AGITACIÓN CON EL USO DE ANTIPSICÓTICOS:

1. Deben combinarse con BZD en casos en que no exista actividad psicótica productiva.
2. Son útiles en casos de agitación porque contribuyen a la sedación.
3. Mejoran la agitación independientemente de la sedación. (correcta)



EN RELACIÓN AL USO DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO FRONTERIZO O BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD:

1. No se ha comprobado su eficacia.
2. Empeoran los síntomas depresivos.
3. En algunos casos reducen la impulsividad.
4. Reducen la impulsividad y en algunos casos los síntomas afectivos. (correcta)



EN EL TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ (MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA):

1. La Clorpromazina es la droga más efectiva en el tratamiento de la agitación por su efecto sedativo.
2. Haloperidol a dosis usuales es superior a Clorpromazina.
3. Los antipsicóticos atípicos son al menos tan útiles como los convencionales. Puede haber diferencias por la vía de administración.
4. Hasta la fecha, Ziprasidona es el único atípico con presentación en ampollas. (correcta)
5. 2, 3 y 4 son correctas.