

2. Strakowski SM, Del Bello MP, Sax KW, Zimmerman ME, Shear PK, Hawkins JM, et al. Brain magnetic resonance imaging of structural abnormalities in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:254-260, 1999.

3. Caetano SC, Hatch JP, Brambilla P, Sassi RB, Nicoletti M, Mallinger AG, et al. Anatomical MRI study of hippocampus and amygdala in patients with current and remitted major depression. *Psychiatry Res* 132:141-147, 2004.

## Depresión bipolar

Sr. Editor:

Los trastornos bipolares (TBP) tienen una prevalencia de por vida de alrededor del 1.0% para el tipo I y del 0.4% en el caso del tipo II. En la mayoría de los pacientes, los episodios depresivos recurrentes en el transcurso de la enfermedad son más frecuentes que los episodios de manía o hipomanía. Además, es usual que los síntomas depresivos persistan en el transcurso del tiempo.

Se estima que los pacientes con TBP tipo I están sintomáticos alrededor del 70% del tiempo; la depresión estaría presente en aproximadamente las tres cuartas partes del tiempo de enfermedad. La edad más frecuente de inicio es la tercera década de la vida (es decir entre los 20 y 30 años).

Los TBP están vinculados con menor expectativa de vida, principalmente debido a su inicio temprano y su cronicidad, además de relacionarse con una gran carga económica. Esta última alude a la utilización y los costos directos de la atención médica, a la pérdida de la productividad en el lugar de trabajo, al cuidado de los pacientes y también a otros costos indirectos. De este modo, es fácil inferir que la carga económica de los TBP impacta significativamente en los pacientes, en las familias, en el sistema de salud y en la sociedad.<sup>1</sup>

Tradicionalmente, se determinó el impacto que genera el TBP a través de la clínica, según la cantidad de recaídas y de internaciones, y de acuerdo con el grado de reducción de los síntomas, para lo cual se han usado escalas como la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) o la *Young Mania Rating Scale* (YMRS). Posteriormente, se sugirió la importancia de considerar la recuperación funcional como indicador de respuesta terapéutica, ya que algunos pacientes presentan buena recuperación, aun luego de haber tenido síntomas graves, mientras que otros tienen menor funcionalidad y manifiestan escasa sintomatología. Una evaluación completa debe incluir el estudio de varios dominios conductuales, como el social, el laboral y el educacional, además de la capacidad de vivir de forma independiente; la recuperación funcional significa alcanzar la normalidad en esos dominios.

La funcionalidad puede medirse con instrumentos breves, administrados por el médico, como la escala *Global Assessment of Functioning* (GAF), que asigna puntajes de 0 a 100. También se utilizan el NIMH-LCM, el *Life Functioning Questionnaire* y el *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation-Range of Impaired Function Tool*, que evalúa el área laboral, las relaciones interpersonales, la recreación y la satisfacción en las actividades realizadas.<sup>2</sup>

La calidad de vida (CV) se refiere al buen estado del individuo y a la respuesta al tratamiento, y se ha descrito como la percepción individual de la posición frente a la vida, de acuerdo con la cultura y los valores impuestos en ella, y en relación con las metas y expectativas del individuo; la diferencia de este concepto con el de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) es que esta última se refiere específicamente a aquello que es afectado por la enfermedad. El establecimiento de la CV no reemplaza la evaluación de funcionalidad ni de recuperación; esta última se define no solo por la remisión sintomática, sino también por la remisión sindromática y funcional.<sup>2</sup>

Lo que me resultó interesante del resumen *Beneficios de la lurasidona sobre la funcionalidad y la productividad en adultos con depresión bipolar\**, es que se tiene en cuenta un aspecto olvidado muchas veces en los tratamientos del TBP, la recuperación funcional. Los cambios a largo plazo en los dominios de la *Sheehan Disability Scale* (SDS) referidos en este trabajo aportan evidencia significativa acerca del beneficio en cuanto a la productividad y la funcionalidad, del uso de lurasidona en monoterapia. Por lo tanto, se reducirían los costos indirectos en los pacientes con depresión bipolar.



**Mariana Nieves Piazza**  
Hospital Bernardino Rivadavia,  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/172746>

### Bibliografía

1. Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los trastornos bipolares. Primera Parte. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* 33(158):56-57, 2022.
2. Michalak EE, Murray G, Young AH, Lam RW. Burden of bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs* 22(5):389-406, 2008.

## Estatinas de intensidad alta

Sr. Editor:

Es conocido el beneficio de las estatinas en la reducción de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en prevención primaria y secundaria, que se cuantifica por la reducción en la determinación de los valores de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc). Las dosis de alta intensidad: simvastatina 80 mg (S80) atorvastatina 40 mg (A40), atorvastatina 80 mg (A80), rosuvastatina 40 mg (R40) y rosuvastatina 80 mg (R80), reducen  $\geq 50\%$  del LDLc y, de esta forma, aminoran la principal causa de muerte a nivel global.

Las medicaciones de alta intensidad recomendadas para esta comparación en el metanálisis *Eficacia y seguridad comparadas de las estatinas de intensidad alta\** fueron la A40, A80, R20 y R40; por ello, el objetivo de esta revisión fue saber qué hipolipemiante y qué dosis instituida es la más efectiva y segura.

La pesquisa se llevó a cabo en buscadores de lengua inglesa, de artículos publicados hasta diciembre de 2021, teniendo en cuenta al manual Cochrane para revisiones sistemáticas. Los filtros de búsquedas se centraron sobre estudios aleatorizados (EA)

y estudios observacionales (EO), con lo se obtuvieron 44 trabajos para ser analizados. Los datos investigados se centraron en los cambios observados sobre los niveles de LDLc debidos al uso de atorvastatina y rosuvastatina. Se seleccionaron 36 EA y 8 EO, que incluyeron 34 136 pacientes, con promedio de edad de 59.4 años; aproximadamente un 30% de ellos eran diabéticos.

La mayoría de los estudios seleccionados fueron sobre pacientes con hipercolesterolemia, síndrome coronario agudo (SCA), infarto agudo de miocardio (IAM) con y sin elevación del segmento ST, y en sujetos sometidos a revascularización miocárdica.

En el análisis agrupado de 6 estudios sobre A80 y R40 se encontró mejoras en la reducción del LDLc, coincidente con el estudio VOYAGER, en el que no solo se compararon estas dos dosis; otros autores también dan cuenta de la reducción del volumen del ateroma y de los niveles de proteína C-reactiva a favor de la rosuvastatina.

El perfil de seguridad de dosis altas de estatinas ha demostrado que no existen diferencias considerables entre estatinas de alta intensidad, pero también se sabe que a mayor dosis se producen incrementos en los efectos adversos.

Los escasos trabajos que analizaron la S80 encontraron menor efecto de disminución del LDLc y un número porcentual mayor de efectos adversos, por lo esto no fue incluido en las guías ACC/AHA de 2013/19 para el uso como estatinas de alta intensidad.

Analizando el estudio LUNA de 2012 (n = 825) de atorvastatina vs. rosuvastatina (A80, R20 y R40) en el SCA, se encontró un 14.10% como causa de reacción adversa a fármacos, y efectos adversos no serios como mialgia (< 10%), fatiga (< 7%), cefalea y cansancio físico (< 5.9%), y aumento de los valores de creatinina fosfoquinasa (CPK) y de enzimas hepáticas (< 0.4%).

Este metanálisis no analizó las repercusiones clínicas, como sí se hizo en el metanálisis VOYAGER, en el cual se observaron datos a favor de la reducción de eventos cardiovasculares con la institución de rosuvastatina. Es necesario efectuar estudios aleatorizados y comparados, con un período de seguimiento prolongado, o incluso investigaciones de la práctica real, que puedan incluir datos clínicos para prevención primaria y secundaria de las ECV con el tratamiento de dosis altas de atorvastatina y rosuvastatina.

Las estatinas de alta intensidad reducen  $\geq 50\%$  el LDLc, a su vez, la rosuvastatina se muestra con ventaja sobre la atorvastatina, con una tasa de efectos adversos similar.



**Daniel Víctor Ortigoza**  
Presidente del Comité de Arritmias y Electrofisiología, Federación Argentina de Cardiología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/173030>