

5.ª EDICIÓN

KAPLAN & SADOCK MANUAL DE BOLSILLO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

BENJAMIN J. SADOCK
VIRGINIA J. SADOCK

www.medilibros.com



Wolters Kluwer | Lippincott
Williams & Wilkins

I. Introducción

La epidemia provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se detectó en la década de 1980, y, ya desde los primeros años de la epidemia, los neurólogos describieron varios síndromes de interés psiquiátrico que afectan al sistema nervioso central (SNC) relacionados con la infección por el VIH. Estos síndromes son: la demencia relacionada con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida) y la manía asociada con el sida. Asimismo, hay que destacar el aumento de la incidencia de depresión mayor entre los infectados por el VIH y, en general, las consecuencias psiquiátricas de las lesiones que el virus produce en el SNC. Más de la mitad de las personas infectadas sufre manifestaciones neuropsiquiátricas que, a menudo, son el síntoma inicial de presentación. En la autopsia se han descrito alteraciones neuropatológicas de hasta el 90 % de los pacientes con sida.

[Volver al principio](#)

II. El virus de la inmunodeficiencia humana y su transmisión

El VIH es un retrovirus relacionado con el virus de la leucemia de los linfocitos T humanos (HTLV-1), así como con otros retrovirus que infectan a algunos animales, tales como los primates no humanos. El VIH-1 es el agente causal de la mayoría de las enfermedades relacionadas con la infección por el VIH. Está presente en la sangre, en el semen y en las secreciones vaginales y del cuello del útero, y también, aunque en menor medida, en la saliva, las lágrimas, la leche materna y el líquido cefalorraquídeo de las personas infectadas. El virus se transmite a través de las relaciones sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales, agujas infectadas, productos sanguíneos para transfusión y cuando el personal sanitario entra en contacto con la sangre u otro líquido corporal infectado del paciente. Los niños pueden infectarse *in utero*. El sexo oral ha sido implicado rara vez. El virus también se transmite a través de las agujas para inyección infectadas, lo que explica la elevada incidencia de la infección por el VIH entre los toxicómanos por vía intravenosa. Las transfusiones de sangre completa, plasma y factores de coagulación también son una vía de transmisión del VIH, pero no la globulina sérica inmune ni la vacuna de la hepatitis B. El riesgo de contagio aumenta con las cargas víricas más altas y la coexistencia de enfermedades de transmisión sexual, que alteran la integridad de la piel o de las mucosas.

El sida ocurre de 8 a 11 años después de la infección. Este período se ha prolongado gracias a la intervención temprana con antirretrovíricos. El virus se une al receptor CD4 de los linfocitos T4 (también llamados CD4). El virus inyecta el ácido ribonucleico (ARN) en el linfocito. Los mecanismos fisiopatológicos del VIH van poco a poco minando todos los linfocitos T4 y destruyendo la inmunidad celular, con lo que aparecen infecciones oportunistas.

[Volver al principio](#)

III. Epidemiología

Se calcula que 33 millones de personas se han infectado por el VIH en todo el mundo, con más de 12 millones de muertes. En Estados Unidos, se han infectado 1,1 millones de personas, de las cuales 320 000 han desarrollado el sida. Según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, más de 800 000 personas sufren actualmente la infección por el VIH o el sida en este país. La probabilidad de infectarse después de una única exposición a una persona infectada es relativamente baja: del 0,8-3,2 % en el caso de la penetración anal pasiva sin protección, del 0,05-0,15 % en el caso de la penetración vaginal pasiva sin protección, del 0,32 % después de pincharse accidentalmente con una aguja infectada, y del 0,67 % después de inyectarse droga con una aguja infectada. El riesgo del personal sanitario después de un único pinchazo accidental con una aguja infectada es bajo: aproximadamente 1 caso de entre 300. Sin embargo, el porcentaje de afroamericanos e hispanos con sida se ha elevado. La inmensa mayoría (> 95 %) de casos y muertes por sida en el mundo ocurre en los países en vías de desarrollo y afecta sobre todo a adultos jóvenes. El porcentaje de casos en mujeres está creciendo.

[Volver al principio](#)

IV. Diagnóstico y cuadro clínico

A. Pruebas serológicas. Existen técnicas fácilmente accesibles para detectar la presencia de los anticuerpos del VIH en el suero humano. En las pruebas convencionales se utiliza sangre para la detección de los anticuerpos, y el resultado se obtiene en un plazo de entre 3 y 10 días. Existen también pruebas rápidas (los resultados se obtienen en 20 min) en las que se utiliza un torunda impregnada de saliva. Se conocen dos técnicas para detectar los anticuerpos contra el VIH: el enzoinmunoanálisis de adsorción (ELISA) y la

inmunotransferencia de Western. La prueba inicial se basa en ELISA. La inmunotransferencia de Western es más específica y sirve para confirmar los resultados positivos de ELISA. La seroconversión es el cambio de un resultado negativo de los anticuerpos anti-VIH por otro positivo tras la infección por el virus. La sero-conversión ocurre, de ordinario, entre 6 y 12 semanas después de la infección, pero puede demorarse hasta 6-12 meses. Las posibles indicaciones para el análisis del VIH se esbozan en la tabla 10-1 .

Algunos de los aspectos relativos al asesoramiento antes y después de la prueba se exponen en las tablas 10-2 y 10-3 .

B. Manifestaciones clínicas no neurológicas. Aproximadamente el 30 % de las personas infectadas por el VIH sufren un síndrome gripal después de la primoinfección que dura entre 3 y 6 semanas; si bien la mayoría no presenta ningún síntoma inmediatamente después, o poco después, de la primoinfección. El síndrome gripal consiste en fiebre, mialgia, cefalea, cansancio, síntomas gastrointestinales y, en algunos casos, una erupción cutánea. Este síndrome puede acompañarse de esplenomegalia y linfadenopatía. Rara vez, entre las manifestaciones neurológicas, se observa el síndrome de Guillain-Barré, encefalopatía o meningitis. Este síndrome inicial se sigue de una fase asintomática que dura una media de 10 años. Durante este tiempo, la cifra de linfocitos CD4+ disminuye desde la cifra normal (1 000/mm³ o más) hasta menos de 200/mm³. Los pacientes tienen un riesgo elevado de desarrollar una enfermedad o complicación definitoria de sida cuando la cifra de linfocitos CD4+ cae por debajo de 200. Las dos enfermedades más frecuentes que se observan en los pacientes infectados por el VIH cuando han desarrollado el sida son la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi.

C. Clasificación. Los CDC clasifican el sida según el recuento de linfocitos CD4+ y la presencia o ausencia de trastornos clínicos asociados al sida. La categoría A está representada fundamentalmente por los pacientes asintomáticos, y la categoría B incluye a aquellos con trastornos definitorios del sida, como la neumonía por *Pneumocystis*.

Tabla 10-1

-
- Pacientes de un grupo de alto riesgo: 1) hombres que hayan mantenido relaciones sexuales con otro hombre desde 1977; 2) adictos a drogas por vía intravenosa desde 1977; 3) pacientes hemofílicos u otros que hayan recibido transfusiones de sangre o hemoderivados, no sometidas a análisis del VIH, desde 1977; 4) parejas sexuales de personas de cualquiera de estos grupos, y 5) parejas sexuales de personas con exposición conocida al VIH: personas con cortes, heridas, inflamaciones o pinchazos de aguja, cuyas lesiones hayan entrado en contacto directo con sangre infectada por el VIH.
1. hemoderivados, no sometidas a análisis del VIH, desde 1977; 4) parejas sexuales de personas de cualquiera de estos grupos, y 5) parejas sexuales de personas con exposición conocida al VIH: personas con cortes, heridas, inflamaciones o pinchazos de aguja, cuyas lesiones hayan entrado en contacto directo con sangre infectada por el VIH.
 2. Pacientes que solicitan el análisis: no todos los pacientes confiesan la existencia de factores de riesgo (p. ej., por vergüenza o miedo).
 3. Pacientes con síntomas de sida o infección por el VIH.
 4. Mujeres pertenecientes a un grupo de alto riesgo que deseen quedarse embarazadas o que ya lo estén.
 5. Donantes de sangre, semen u órganos.
 6. Pacientes con demencia de un grupo de alto riesgo.
-

Adaptado con permiso de Rosse RB, Giese AA, Deutsch SI, Morihisa JM. *Laboratory & Diagnostic Testing in Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1989: 54.

Tabla 10-2

-
1. Comentar el significado del resultado positivo y aclarar las ideas equivocadas (p. ej., la prueba detecta la exposición al virus del sida y no es una prueba del sida).
 2. Comentar el significado de los resultados negativos (p. ej., la seroconversión lleva cierto tiempo, una conducta reciente de alto riesgo puede exigir un nuevo análisis en otro momento).

3. Manifieste su disposición a comentar los miedos y preocupaciones del paciente (los miedos poco realistas pueden obligar a una intervención psicológica adecuada).
4. Comentar por qué se necesita el análisis (no todos los pacientes confiesan sus conductas de alto riesgo).
5. Explorar la posible reacción del paciente a un resultado positivo (p. ej., «Si resulta positivo, me mato»). Adoptar las medidas oportunas para intervenir ante una reacción potencialmente catastrófica.
6. Explorar las reacciones previas a los estresores importantes.

7. Exponer las cuestiones de confidencialidad relativas a la situación del análisis (p. ej., si es anónimo o no). Informar al paciente de otras posibles opciones de análisis, en las que el asesoramiento y las pruebas tienen un carácter absolutamente anónimo (p. ej., el resultado no formará parte permanente de la historia clínica hospitalaria). Comentar quién podría acceder a los resultados del análisis.

8. Comentar al paciente de qué manera podría influir la seropositividad en su situación social (p. ej., salud y cobertura del seguro sanitario, empleo, vivienda).

9. Explorar las conductas de alto riesgo y recomendar intervenciones para disminuirlo.

10. Documentar la conversación en la historia clínica.

11. Dar tiempo al paciente para que pregunte cualquier duda.

Con permiso de Rosse RB, Giese AA, Deutsch SI, Morinisa JM. *Laboratory & Diagnostic Testing in Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatry Press, 1989: 55.

Tabla 10-3

1. Interpretación del resultado del análisis: aclarar las ideas erróneas (p. ej., «un resultado negativo podría significar que puede contraer el virus en el futuro y no que está inmunizado contra el sida»). Pregunte al paciente si ha entendido el resultado y averigüe su reacción emocional.

2. Recomendaciones para prevenir el contagio (exposición pormenorizada de las conductas de alto riesgo y normas para prevenir la transmisión).

3. Recomendaciones para el seguimiento de las parejas sexuales y las personas que compartan las agujas.

4. Si el resultado del análisis es positivo, recomendaciones contrarias a la donación de sangre, esperma u órganos y también al uso compartido de máquinas de afeitar, cepillos dentífricos y cualquier otro objeto que pueda contener sangre.

5. Remisión al paciente para que reciba apoyo psicológico adecuado: a menudo, las personas infectadas por el VIH necesitan la asistencia de un equipo de salud mental (evaluar la necesidad de tratamiento hospitalario o ambulatorio; plantear la terapia de apoyo individual o de grupo). Algunos temas frecuentes son el shock del diagnóstico, el temor a la muerte y las consecuencias sociales, el duelo por las posibles pérdidas y la esperanza frustrada de buenas noticias. Examine también la depresión, la desesperación, el

enfado, la frustración, la culpa y la obsesión. Active todo apoyo que pueda recibir el paciente (p. ej., familia, amigos, servicios comunitarios).

Con permiso de Rosse RB, Giese AA, Deutsch SI, Morihisa JM. *Laboratory & Diagnostic Testing in Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatry Press, 1989: 58.

Volver al principio

V. Aspectos neurobiológicos de la infección por el VIH

A. Introducción. Hay multitud de procesos morbosos que pueden afectar al cerebro de los pacientes infectados por el VIH, aunque no existan otros signos o síntomas de sida. Las principales complicaciones neurobiológicas se atribuyen directamente al propio virus. Las complicaciones secundarias obedecen a enfermedades y trastornos asociados al VIH. Los trastornos mentales asociados a la infección por el VIH comprenden la demencia, la psicosis aguda, el trastorno del estado de ánimo y los cambios de la personalidad que se deben a un trastorno médico general. Las enfermedades que producen, ocasionalmente, demencia entre los pacientes con sida son la toxoplasmosis cerebral, la meningitis criptocócica y el linfoma primario cerebral. Las complicaciones neurobiológicas de la infección por el VIH-1 se enumeran en la tabla 10-4 .

B. Trastornos neurocognitivos. Cuando el VIH infecta a los macrófagos y la microglia del cerebro, se producen neurotoxinas que acaban dañando las neuronas. Las manifestaciones cardinales consisten en alteraciones cognitivas, retraso motor, falta de coordinación y trastornos del estado de ánimo. En la tabla 10-5 se resumen los trastornos cognitivos por el VIH-1.

C. Síndromes psiquiátricos

1. Delirium. Puede obedecer a la misma gama de causas que producen demencia entre los pacientes infectados por el VIH. Los cuadros clínicos del delirium se clasifican en dos grupos: 1) los que se caracterizan por un aumento de la actividad, y 2) los que se caracterizan por una disminución de la actividad. Probablemente, el delirium no se diagnostica correctamente en muchos pacientes infectados por el VIH, y, cuando se diagnostica, debería en todos los casos conducir a un examen médico exhaustivo para ver si ha aparecido una nueva enfermedad o complicación que afecta al SNC.

2. Trastornos de ansiedad. Los pacientes infectados por el VIH pueden sufrir cualquier trastorno de ansiedad, sobre todo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

3. Trastorno adaptativo. El trastorno adaptativo, con ansiedad o depresión del estado de ánimo se da, al parecer, del 5 % al 20 % de los pacientes infectados por el VIH. La incidencia de trastornos adaptativos entre las personas infectadas por el VIH es más elevada que en algunas poblaciones especiales, tales como la de los reclusos en cárceles civiles y prisiones militares.

4. Trastornos depresivos. El intervalo de pacientes infectados por el VIH que satisfacen los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos varía entre el 4 % y el 40 %. Algunos de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos (alteraciones del sueño y pérdida de peso) pueden deberse a la infección por el VIH, no a la depresión. La incidencia de depresión es más alta entre las mujeres que entre los hombres.

Tabla 10-4

I. Complicaciones neurobiológicas primarias

A. Trastornos neurocognitivos por el VIH-1

1. Alteración neurocognitiva asintomática

2. Trastorno neurocognitivo leve por el VIH-1

3. Demencia asociada al VIH-1

B. Otras complicaciones neurobiológicas por el VIH-1

1. Meningitis por el VIH-1

2. Mielopatía vascular por el VIH-1

3. Neuropatías por el VIH-1

a. Síndrome desmielinizante agudo (Guillain-Barré)

b. Enfermedad desmielinizante recidivante o progresiva (p. ej., mononeuritis múltiples)

c. Polineuropatías de predominio sensitivo

4. Miopatía por el VIH-1

II. Complicaciones neurobiológicas secundarias (en general, producen delirium)

A. Infecciones

1. Encefalitis/absceso por *Toxoplasma*

2. Meningitis por *Cryptococcus*

3. Encefalitis por citomegalovirus (CMV)

4. Leucoencefalopatía multifocal progresiva

5. Otras infecciones del sistema nervioso central (SNC)

B. Neoplasia

1. Linfoma primario o secundario del SNC

2. Sarcoma de Kaposi del SNC

3. Otras neoplasias

C. Enfermedad cerebrovascular relacionada con la infección por el VIH

D. Delirium de otra naturaleza

1. Efectos adversos de los medicamentos
2. Hipoxemia, hipercapnia (p. ej., con la neumonía por *Pneumocystis carinii*)
3. Otros trastornos metabólicos y nutricionales

De Igor Grant, M.D., F.R.C.P.(C) y J. Hampton Atkinson, Jr., M.D.

Tabla 10-5

Definidos por Grant y Atkinson

Propuestos por el grupo de trabajo de la American Academy of Neurology (AAN)

Trastornos neurocognitivos asociados al VIH-1

Complejo cognitivo/motor asociado al VIH-1

A. Demencia asociada al VIH-1

A. Complejo de demencia probablemente^b asociado al VIH-1

1. *Alteración adquirida y marcada de la función cognitiva* que repercute, al menos, en dos dominios (p. ej., memoria, atención); de modo característico, la alteración afecta a varios dominios, sobre todo al aprendizaje de nueva información, el procesamiento lento de la misma y déficit de atención o concentración. La alteración cognitiva se puede reconocer por la historia clínica, el examen mental o las pruebas neuropsicológicas.
2. La alteración cognitiva interfiere *notablemente en la función de un día para otro* (trabajo, vida familiar, relaciones sociales).
3. La alteración cognitiva marcada lleva presente desde, por lo menos, 1 mes.
4. El patrón de alteración cognitiva *no cumple los criterios de delirium* (p. ej., la obnubilación de la consciencia no es un rasgo destacado); o, si existe delirium, deberán haberse satisfecho los criterios de demencia en un examen anterior en el que no había delirium.
5. *No hay indicios de otra causa preexistente* que pueda explicar la demencia (p. ej., otra infección del SNC, neoplasia del SNC, enfermedad cerebrovascular, enfermedad neurológica previa o abuso intenso de sustancia compatible con trastorno del SNC).

1. *Anomalia adquirida, al menos, en dos de las capacidades cognitivas siguientes* (presente durante, al menos, 1 mes): atención/ concentración; velocidad de procesamiento de la información; abstracción/razonamiento; capacidades visoespaciales; memoria/aprendizaje; habla/lenguaje. *La disfunción cognitiva causa una alteración laboral o en las actividades de la vida diaria.*
2. *Al menos uno de éstos:*
 - a. Anomalia adquirida de la función motora.
 - b. Merma en la motivación o control emocional o cambio en el comportamiento social.
3. Falta de obnubilación de la consciencia durante un período suficientemente largo para establecer la presencia de primer criterio.
4. Falta de cualquier otra causa de los síntomas o signos cognitivos, motores o conductuales anteriores (p. ej., infección oportunista activa del SNC o enfermedad maligna, trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias).

B. Complejo cognitivo/motor leve asociado probablemente^b a VIH-1

B. Trastorno neurocognitivo leve^a asociado al VIH-1

1. Alteración adquirida de la función cognitiva que afecta, al menos, a dos dominios y rendimiento en las pruebas neuropsicológicas, como mínimo, 1 desviación estándar por debajo de la media para la edad y la educación pertinente. En la evaluación neuropsicológica se examinarán, al menos, estas capacidades (verbal/lenguaje; atención/procesamiento acelerado; abstracción/función ejecutiva; memoria (aprendizaje, recuerdo); rendimiento complejo perceptivo-motor; capacidades motoras).
2. La alteración cognitiva produce, como mínimo, una interferencia leve de la función diaria (al menos, una de las siguientes):
 - a. Notificación subjetiva de menor agudeza mental, así como eficiencia en el trabajo, labores domésticas o función social.
 - b. Observación por las personas conocidas de que el sujeto ha experimentado, al menos, un descenso leve de la agudeza mental con la merma consiguiente en la eficiencia en el trabajo, las labores domésticas o la función social.
3. La alteración cognitiva lleva presente, al menos, 1 mes.
4. No cumple los criterios de delirium ni demencia.
5. No hay indicios de otra causa preexistente del trastorno neurocognitivo leve.

1. Alteraciones cognitivas/motoras/conductuales adquiridas (debe haber a y b)

a. Al menos, dos de los síntomas siguientes, presentes durante por lo menos 1 mes y verificados mediante una historia fiable.

- 1) Alteración de la atención o concentración.
- 2) Enlentecimiento mental.
- 3) Alteración de la memoria.
- 4) Movimientos lentos.
- 5) Falta de coordinación.

b. Anomalía cognitiva/motora adquirida verificada mediante exploración neurológica o pruebas neuropsicológicas.

2. La alteración cognitiva/motora/conductual causa una alteración leve del trabajo o de las actividades de la vida diaria (verificable de manera objetiva o mediante la notificación de un informador importante).
3. Falta de otra causa de la anomalía cognitiva/motora/conductual anterior (p. ej., infección oportunista activa del SNC o enfermedad maligna, trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias).

^a Si el sujeto con un posible trastorno neurocognitivo leve satisface también los criterios de un episodio depresivo mayor o de dependencia de sustancias, el diagnóstico del trastorno neurocognitivo leve se demorará hasta la siguiente exploración, que tendrá lugar en un momento en el que haya remitido la depresión mayor o haya transcurrido, al menos, 1 mes desde el final de la dependencia en el uso de la sustancia.

^b La designación *probable* se aplica cuando se cumplen los criterios, no existe otra posible causa y los datos están completos. La designación posible se aplica cuando hay otra posible causa contribuyente poco clara, cuando existe un posible diagnóstico dual o cuando no se ha completado la evaluación. De Igor Grant, M.D., F.R.C.P.(C), y J. Hampton Atkinson, Jr., M.D.

5. Manía. El trastorno del estado de ánimo con características maníacas, con o sin alucinaciones, ideas delirantes o alteraciones del pensamiento, puede ser una complicación en cualquier fase de la infección por el VIH, pero es más frecuente en las fases finales, en las que el cuadro psiquiátrico se complica por la presencia de deterioro cognitivo.

6. Trastornos psicóticos. Los síntomas psicóticos suelen ser complicaciones tardías de la infección por el VIH. Cuando se presentan, se requiere una evaluación médica y neurológica inmediata, y en muchos casos es necesario proceder al tratamiento con antipsicóticos.

7. Abuso de sustancias. Los pacientes pueden sentir la tentación de consumir drogas de forma regular para afrontar la depresión o la ansiedad.

8. Suicidio. La ideación y las tentativas suicidas aumentan entre los pacientes con infección por el VIH y sida. Los factores de riesgo para el suicidio son la presencia de amigos que hayan fallecido por causas relacionadas con el sida, la notificación reciente de recaída en la seropositividad para el VIH, las dificultades sociales relacionadas con la homosexualidad, un apoyo social y económico insuficiente, la demencia o el delirium, y el abuso de sustancias.

9. Personas sanas pero preocupadas. Personas de los grupos de alto riesgo, que a pesar de ser seronegativas y no sufrir la enfermedad, se encuentran angustiadas u obsesionadas por la posibilidad de contraer el virus. Los síntomas pueden consistir en ansiedad generalizada, crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo e hipocondría. Los resultados negativos reiterados del análisis serológico tranquilizan a algunos pacientes. Los demás quizá necesiten psicoterapia o tratamiento farmacológico.

Volver al principio

VI. Tratamiento

A. Prevención. Todas las personas con riesgo de infección por el VIH deben conocer las prácticas sexuales seguras y saber que no pueden compartir las agujas hipodérmicas. Las estrategias preventivas se complican por los valores sociales tan complejos que rodean los actos sexuales, la orientación sexual, el control de la natalidad y el abuso de sustancias.

1. Sexo seguro. Una pregunta frecuente que el médico debe estar dispuesto a responder es la siguiente: «¿En qué consiste el sexo seguro e inseguro?» Hay que aconsejar a los pacientes para que sigan las normas expuestas en la tabla 10-6 .

2. Profilaxis postexposicional. La administración temprana del tratamiento antirretrovírico después de la exposición al VIH puede reducir en un 80 % la probabilidad de que surja la infección. Habitualmente, se recomienda el tratamiento combinado con zidovudina y lamivudina durante 4 semanas.

B. Farmacológico

1. Tratamiento antirretrovírico (tabla 10-7). El objetivo del tratamiento antirretrovírico es la supresión completa del virus porque la carga vírica gobierna la tasa de descenso de los linfocitos CD4. El tratamiento combinado con fármacos que actúan sobre diferentes puntos de la transcripción vírica se ha convertido en norma.

2. Tratamiento antirretrovírico de los trastornos neurocognitivos. Al parecer, el tratamiento antirretrovírico previene o revierte la progresión de los trastornos neurocognitivos relacionados con el VIH. Un porcentaje significativo de pacientes muestra una mejora de las pruebas neuropsicológicas, así como del patrón e intensidad de las anomalías de las señales de la sustancia blanca en la RM en los 2 a 3 primeros meses de tratamiento.

3. Tratamiento farmacológico de los síndromes psiquiátricos asociados al VIH. Los síndromes psiquiátricos asociados al VIH deben tratarse de la misma manera que si la persona no estuviera infectada por el virus. Los pacientes con una enfermedad más avanzada relacionada con el VIH recibirán dosis más bajas (dosis inicial de la mitad a una cuarta parte de la dosis habitual de comienzo) porque son más sensibles a los efectos secundarios.

La agitación asociada al delirium y a la demencia o psicosis se puede combatir con dosis bajas de antipsicóticos muy potentes (p. ej., 0,5 mg de haloperidol al comienzo) o de antagonistas de la serotonina y dopamina (p. ej., 0,25 mg de risperidona inicialmente, 2,5 mg de olanzapina, inicialmente). Hay que conocer el mayor riesgo que tiene esta población de padecer delirium anticolinérgico, crisis epilépticas y efectos secundarios extrapiramidales.

Los pacientes con síndromes neurocognitivos pueden mejorar con los psicoestimulantes (p. ej., 2,5 mg de metilfenidato, dos veces al día, con un incremento lento de hasta 20 mg/día).

La depresión también se puede tratar con estimulantes si se precisa una respuesta rápida o no surten eficacia los antidepresivos habituales. Para la depresión suelen administrarse inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o tricíclicos con la menor carga anticolinérgica posible, como la desipramina. La inyección de hasta 400 mg de testosterona (testosterona en depósito), dos veces por semana durante 8 semanas, puede surtir efecto en la depresión mayor y en los síndromes de fatiga y alergia. La terapia electroconvulsiva también se ha mostrado eficaz.

Los estados de ansiedad se tratan, por lo general, con benzodiazepinas de semivida corta o intermedia o con buspirona. Los estados maníacos se pueden tratar con el litio o con antiepilépticos estabilizadores del ánimo. Al parecer, esta población tolera mejor los antiepilépticos que el litio. La manía secundaria a la zidovudina ha respondido satisfactoriamente al litio, que permite continuar con la primera. Es necesario ofrecer apoyo médico, ambiental y social, además de tratamiento farmacológico.

Tabla 10-6

Recuerde: toda actividad que suponga el intercambio de los líquidos corporales de una persona con la boca, el ano, la vagina, el torrente

sanguíneo, cortes o heridas de otra se considera *insegura* en este momento.

Prácticas de sexo seguro

Masaje, caricias, fricción de un cuerpo contra otro

Beso social seco

Masturbación

Paso a la acción de fantasías sexuales (que no supongan prácticas inseguras de sexo)

Uso de vibradores u otros instrumentos (siempre que no se compartan)

Prácticas sexuales de riesgo bajo (estas actividades no se consideran totalmente seguras)

Beso francés (húmedo) (sin llagas en la boca)

Masturbación mutua

Coito vaginal y anal con preservativo

Sexo oral masculino (felación) con preservativo

Sexo oral femenino (*cunnilingus*) con sistema de barrera

Contacto externo con el semen o con la orina, siempre que no haya heridas en la piel

Prácticas sexuales inseguras

Coito vaginal o anal sin preservativo

Semen, orina o heces en la boca o vagina

Sexo oral sin protección (felación o *cunnilingus*)

Contacto sanguíneo de cualquier tipo

Uso compartido de instrumentos sexuales o agujas

Tabla 10-7

Nombre genérico	Abreviatura habitual
-----------------	----------------------

Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa

Zidovudina	AZT o ZDV
------------	-----------

Didanosina	ddl
------------	-----

Zalcitabina	ddC
-------------	-----

Estavudina	d4T
------------	-----

Lamivudina	3TC
------------	-----

Abacavir	
----------	--

Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa

Nevirapina	
------------	--

Delavirdina	
-------------	--

Efavirenz	
-----------	--

Inhibidores de la proteasa

Saquinavir	
------------	--

Ritonavir	
-----------	--

Indinavir	
-----------	--

Nelfinavir	
------------	--

Amprenavir	
------------	--

USO DIDÁCTICO

4. Interacciones farmacológicas de los psicofármacos y los antirretrovíricos. Los antirretrovíricos producen muchos efectos adversos. De importancia para el psiquiatra es el hecho de que los inhibidores de la proteasa son metabolizados por el sistema hepático de la oxidasa del citocromo P450, y, por tanto, pueden producir un aumento de la concentración de ciertos psicofármacos que se metabolizan de forma similar. Además, los inhibidores de la proteasa pueden inhibir el metabolismo de los antidepresivos y de los antipsicóticos, con el consiguiente aumento de la concentración en sangre de estos fármacos. En la práctica clínica, por tanto, es necesario tener en cuenta desde el principio la posibilidad de que se produzcan interacciones farmacológicas y hacer un seguimiento estricto del tratamiento para detectar los efectos adversos, y, siempre que sea posible, se debe determinar la concentración plasmática de los psicofármacos que se han prescrito.

C. Psicoterapia. Los problemas psicodinámicos más importantes que se observan en los pacientes infectados por el VIH tienen que ver con la culpabilidad, la autoestima y la muerte. Los temas prácticos más importantes son los relacionados con el empleo, la atención médica, las prestaciones sociales, el seguro de vida, los estudios, las relaciones de pareja, las relaciones sexuales y las relaciones con los familiares y los amigos. Todas las modalidades de psicoterapia pueden ser apropiadas para los pacientes que sufren alguna enfermedad o trastorno relacionado con la infección por el VIH. Para mejorar la calidad de vida del paciente, si es necesario, debe tratarse cualquier trastorno relacionado con las drogas que pudiera estar presente.

Para una exposición más detallada de este tema, véase *Neuropsychiatric Aspects of HIV Infection and AIDS*, sección 2-8, página 506, en CTP/IX.

Volver al principio

USO DIDÁCTICO