

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

Disquinesias tardías. Prevalencia en una serie de pacientes internados en una institución psiquiátrica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

José Luis Etcheverry*, Celeste Vecchi, Ana Cecilia Sanguinetti, Gabriel Persi, Horacio Vommaro y Emilia M. Gatto

Departamento de Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales, Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA), Ciudad de Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de febrero de 2013

Aceptado el 1 de agosto de 2013

On-line el 21 de noviembre de 2013

Palabras clave:

Disquinesia tardía
Movimientos anormales
Movimientos inducidos por fármacos

R E S U M E N

Introducción: Las disquinesias tardías (DT) son movimientos involuntarios, repetitivos, sin propósito, secundarios al tratamiento crónico con antagonistas dopaminérgicos, cuya prevalencia es altamente variable considerando las poblaciones analizadas (0,5-65% poblaciones psiquiátricas). Si bien se menciona que el advenimiento de neurolépticos atípicos (NLA) reduciría el riesgo de DT (5,5% para neurolépticos típicos vs. 3,9% NLA), en nuestro medio se carece de datos recientes.

Objetivo: Estimar la prevalencia de DT en una serie de pacientes psiquiátricos internados en una institución privada de CABA.

Pacientes y métodos: Durante el período mayo-junio de 2011, y luego de la firma del consentimiento informado, se evaluaron pacientes internados en Psiquiatría. Se analizaron datos epidemiológicos y se evaluó la presencia de DT mediante la Escala de Movimientos Anormales Involuntarios.

Resultados: Del total de 29 pacientes (edad promedio $44,43 \pm 16,07$ años), 16 (55,17%) presentaron movimientos anormales inducidos por fármacos; 6 presentaron DT (20,69%) y 10 parkinsonismo (34,48%). En 13 casos no se identificaron movimientos anormales inducidos por fármacos. El empleo de NLA fue superior en el grupo sin movimientos anormales inducidos por fármacos respecto de aquellos con DT o parkinsonismo (11/13 vs. 5/16; $p = 0,0079$, test exacto de Fisher).

Conclusión: Si bien se trata de una muestra pequeña, la prevalencia de DT fue similar a la descrita recientemente en otras series, corroborando, además, una menor prevalencia de DT en los pacientes tratados con NLA. Estudios similares más extensos son requeridos teniendo en cuenta que las DT impactan en la calidad de vida, reducen la adherencia al tratamiento y en ocasiones resultan irreversibles.

© 2013 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jetcheverry@fundacionineba.org (J.L. Etcheverry).

1853-0028/\$ – see front matter © 2013 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2013.08.001>

Tardive dyskinesia. Prevalence in a series of inpatients from a psychiatric institution from Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A B S T R A C T

Keywords:

Tardive dyskinesia
Movement disorders
Drug-induced dyskinesia

Introduction: Tardive dyskinesias (TD) are involuntary movements, repetitive, purposeless, induced by chronic treatment with dopamine antagonists, whose prevalence is highly variable considering populations analyzed (0.5 to 65% psychiatric populations). Although it is mentioned that the advent of atypical neuroleptics (ANL) would reduce the risk of TD (5.5 typical neuroleptics vs. 3.9% ANL), in our country recent data are lacking.

Objective: To estimate the prevalence of TD in a number of psychiatric inpatients in a private institution of CABA.

Patients and methods: During the period May-June 2011 and after signing informed consent psychiatric inpatients were evaluated. Epidemiological data were analyzed and TD were evaluated by Abnormal Involuntary Movements Scale.

Results: Over a total of 29 patients (mean age 44.43 ± 16.7 years), 16 (55.17%) showed drug-induced movement disorders, 6 developed TD (20.69%) and 10 parkinsonism (34.48%). In 13 cases no drug-induced movement disorders were identified. ANL was higher in the group without drug-induced movement disorders regarding those with TD or parkinsonism (11/13 vs. 5/16; $P = .0079$, Fisher exact test).

Conclusion: Although this is a small sample, the prevalence of TD was similar to that recently described in other series, further corroborating a lower prevalence of TD in patients treated with ANL. Similar studies are required larger considering that the TD impact the quality of life, reduce adherence and are occasionally irreversible.

© 2013 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Condiciones psiquiátricas severas requieren, en la mayoría de los casos, el empleo de agentes antipsicóticos que han sido clasificados en típicos o atípicos^{1,2}.

El término disquinesia tardía (DT) designa aquellos movimientos anormales cuya aparición ocurre luego del empleo crónico (mayor de 3 meses) de neurolepticos o antagonistas dopaminérgicos. En individuos mayores de 60 años, el tiempo de exposición requerido para designar como DT es de un mes, de acuerdo con la definición del DSM-IV, en ausencia de otra causa identificable de trastornos del movimiento¹.

La prevalencia de DT varía ampliamente dependiendo de la población en estudio, observándose un amplio rango comprendido entre 0,5 y 65%^{1,2}. En pacientes esquizofrénicos adultos tratados con neurolepticos típicos su prevalencia estimada fue del 60%³.

La DT comprende una serie de movimientos repetitivos, carentes de propósito, que afectan principalmente lengua, labios, cara, tronco y extremidades^{1,2}. Si bien las DT pueden presentarse a cualquier edad, la edad avanzada constituye un factor de riesgo para su desarrollo.

Otros factores de riesgo incluyen: trastornos afectivos, sexo femenino, exposición acumulada total a la medicación, diabetes, consumo de alcohol, cocaína, persistencia del uso del neuroleptico luego de la aparición de las DT, el antecedente de uso de terapia electroconvulsiva previa y síntomas extrapiramidales de aparición temprana al inicio del tratamiento^{3,4}.

Las DT afectan la calidad de vida, favorecen la no adherencia al tratamiento e incrementan la morbilidad de

los pacientes afectados. Por lo tanto, su prevención, así como su identificación temprana, constituyen un verdadero desafío y en muchos casos la supresión de los fármacos causales no es suficiente para revertir el cuadro, aun cuando la condición psiquiátrica del paciente haya sido superada⁴.

El empleo de neurolepticos atípicos (NLA) respecto de los típicos en estudios comparativos mostró una reducción de la incidencia anual de DT (3,9 vs. 5,5%)⁴.

Sin embargo, en los últimos años se han reportado numerosas publicaciones vinculando los NLA con el desarrollo de movimientos involuntarios secundarios.

Considerando que en nuestro medio se carece de información respecto de la prevalencia de DT en la era de los NLA, se estableció como objetivo del presente estudio analizar la prevalencia de movimientos anormales inducidos por fármacos (MAIF) en una población psiquiátrica.

Pacientes y métodos

Luego de la aprobación por el Comité de Investigación local y la firma del consentimiento informado por parte del paciente o responsable legal, según correspondiera, se incluyeron pacientes ≥ 18 años internados en el área de Psiquiatría de nuestra institución. En todos los casos se procedió a completar un cuestionario anónimo que incluyó datos demográficos y antecedentes clinicofarmacológicos. Se evaluó la presencia de movimientos anormales mediante la Escala de Movimientos Anormales Involuntarios.

Se realizó estadística descriptiva, empleándose para el análisis el programa G-Stat. Se empleó el test de Mann-Whitney

Tabla 1 – Diagnósticos psiquiátricos

Diagnóstico	Número de pacientes
Depresión	12
Depresión-alcoholismo	2
Alcoholismo	1
Delirio	1
Psicosis	2
Esquizofrenia	5
Síndrome de Asperger	1
Paranoia	1
Trastorno límite de la personalidad	1
Trastorno bipolar	2

para la comparación de las medianas; las variables dicotómicas se compararon con el test exacto de Fisher.

Resultados

Se incluyeron 21 mujeres y 8 hombres, con una edad promedio de $44,43 \pm 16,07$ años (rango 18-65 años). La media de edad de inicio fue de $36,82 \pm 16,62$ años (rango 16-64 años). La [tabla 1](#) presenta los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes.

Se observó MAIF en 16 pacientes (55,17%), cuya edad promedio fue de $44,47 \pm 16,15$ años (rango 18-69 años), edad de inicio de la enfermedad psiquiátrica $38 \pm 16,67$ años, y una media de duración de la enfermedad de $11,78 \pm 11,45$ años (rango 1-39 años). De los 16 pacientes con MAIF, solo 5 recibieron exclusivamente quetiapina o clozapina (31,25% del total de la muestra). Seis casos presentaron DT (20,69%), en tanto que los 10 restantes (34,48%) evidenciaron parkinsonismo (8 de ellos recibían risperidona u olanzapina). En la totalidad de los casos los movimientos fueron identificados durante el examen y no referidos por los pacientes. En la [figura 1](#) se detallan las características de la evaluación global de los movimientos de acuerdo con la Escala de Movimientos Anormales Involuntarios.

En 13 pacientes (44,82%), con una media de edad de $44,36 \pm 16,21$ años, no se identificaron MAIF; la edad de inicio fue de $39,27 \pm 16,64$ años, y el promedio de años de enfermedad en este subgrupo fue de $6,33 \pm 5,19$ años. Once de estos pacientes sin MAIF se encontraba en tratamiento con NLA: clozapina en un caso, aripiprazol en otro, olanzapina y/o risperidona en 2, y quetiapina en 7.

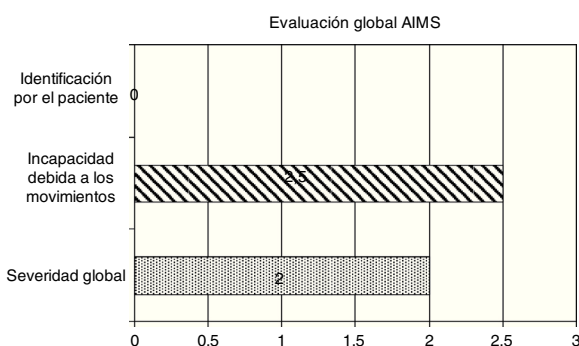


Figura 1 – Ítem de evaluación global de la Escala de Movimientos Anormales Involuntarios.

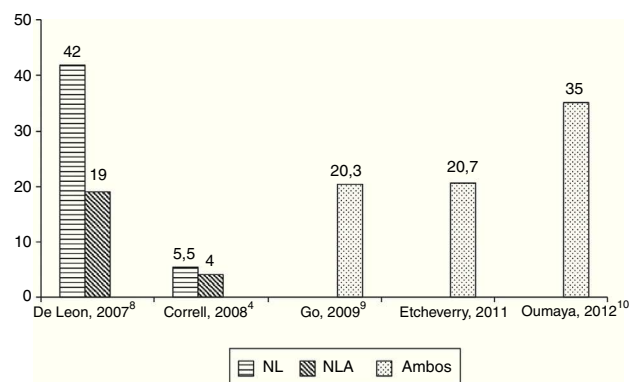


Figura 2 – Prevalencia de disquinesias tardías en diferentes poblaciones.

NL: neurolépticos típicos; NLA: neurolépticos atípicos.

Fuente: Correll y Schenk⁴, De Leon⁸, Go et al.⁹ y Sejil et al.¹⁰.

En esta serie no se observaron diferencias significativas en la edad de los pacientes con MAIF versus aquellos sin MAIF ($p=0,591$). En cuanto a la duración de la enfermedad, si bien fue superior en el subgrupo con MAIF respecto de aquel sin MAIF, esta no alcanzó significación estadística ($p=0,4212$). El empleo de NLA en el subgrupo sin MAIF alcanzó significación estadística respecto del grupo con DT o parkinsonismo (11/13 vs. 5/16; $p=0,0079$, test de Fisher).

Discusión

En la presente serie la prevalencia de MAIF fue superior al 50%, y podría relacionarse con la complejidad de la enfermedad psiquiátrica y la polifarmacia que reciben los pacientes internados; no obstante, se encuentra dentro del rango descrito en otras series internacionales⁵.

La ocurrencia de parkinsonismos inducidos por fármacos en esta serie se encontró comprendida en el rango de las publicadas en otras poblaciones (15-60%)⁵.

Respecto de las DT en esta serie, su prevalencia fue de 20,69%, siendo esta similar a la de poblaciones muy disímiles, recientemente reportadas ([fig. 2](#)).

A diferencia de lo citado en la literatura, no obtuvimos asociación entre los años de evolución de la enfermedad y la ocurrencia de DT^{3,6}. Estos hallazgos pueden explicarse en relación con el tamaño de la muestra.

A pesar del número de pacientes que conformaron la presente serie, resulta interesante observar que el empleo de NLA fue superior en el grupo sin MAIF (DT o parkinsonismos); estas observaciones nos permitirían confirmar que el empleo de NLA reduciría el riesgo de desarrollarlos^{3,7}.

La mayor debilidad de este estudio estaría dada por el tamaño de la muestra analizada y por el sesgo que produce el análisis de pacientes correspondientes a una sola institución. No obstante, creemos que la mayor fortaleza se fundamenta en la escasa información sobre el tema en nuestro medio, y la necesidad de actualización sobre DT, teniendo en cuenta los efectos adversos y el impacto sobre la calidad de vida que estas producen en las poblaciones en riesgo.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por una beca de la Fundación INEBA.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sethi KD, Morgan JC. Drug-induced movement disorders. En: Jankovic J, Tolosa E, editores. *Parkinson disease and other movement disorders*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 394-408.
2. The tardive syndromes. Fahn S, Jankovic J, editores. *Principles and practice of movement disorders*. 1st ed. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier; 2007. p. 479-518.
3. Gershanik OS, Gómez Arévalo GJ. Typical and atypical neuroleptics. *Handb Clin Neurol*. 2011;100:579-99.
4. Correll CU, Schenk EM. Tardive dyskinesia and new antipsychotics. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:151-6.
5. Damásio J, Carvalho S. [Drug induced movement disorders: role of antipsychotic drugs]. *Acta Med Port*. 2011;4 24 Suppl:915-22.
6. Koshino Y, Wada Y, Isaki K, Kurata K. A long-term outcome study of tardive dyskinesia in patients on antipsychotic medication. *Clin Neuropharmacol*. 1991;14: 537-46.
7. Tarsy D, Lungu C, Baldessarini RJ. Epidemiology of tardive dyskinesia before and during the era of modern antipsychotic drugs. *Handb Clin Neurol*. 2011;100:601-16.
8. De Leon J. The effect of atypical versus typical antipsychotics on tardive dyskinesia: A naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:169-72.
9. Go CL, Rosales RL, Caraos RJ, Fernandez HH. The current prevalence and factors associated with tardive dyskinesia among Filipino schizophrenic patients. *Parkinsonism Relat Disord*. 2009;15:655-9.
10. Sejl I, Oumaya A, Bouguerra C, Mehdi F, Bellaaj R, Gallali S. Tardive dyskinesia induced by classical antipsychotic drugs: A Tunisian sample of schizophrenics. *Encephale*. 2013;39 Suppl 1:S36-41.