

Manuela Barrio Alonso

Farmacología de las alteraciones conductuales tras el traumatismo craneoencefálico

Las alteraciones cognitivas son las secuelas más discapacitantes después de un TCE. Las más frecuentes son la disminución del nivel de alerta, los déficits atencionales, mnésico y del aprendizaje, la disminución de la velocidad de procesamiento de la información, las alteraciones del lenguaje y la comunicación y la afectación de las funciones ejecutivas. Todas estas funciones tienen un papel fundamental en las actividades de la vida diaria, y son, en la mayoría de los casos, la principal causa de la discapacidad que presenta el paciente¹.

No existen muchos estudios sobre los tratamientos farmacológicos en las alteraciones conductuales tras el TCE, la mayoría de ellos son observacionales, y existe poca evidencia científica. Se suelen utilizar fármacos extrapolando sus efectos en patologías psiquiátricas.

En pacientes con daño cerebral habrá que tener en cuenta:

- Normalmente tras un TCE los pacientes están polimedificados, por lo que deberemos revisar el tratamiento farmacológico para identificar aquellos fármacos que pueden tener un efecto negativo en la evolución de determinadas alteraciones cognitivas.
- Se deben iniciar tratamientos a dosis más bajas que en otros pacientes y deben ajustarse de forma individualizada.
- Las dosis terapéuticas son más bajas para fármacos como las benzodiazepinas y los antipsicóticos.
- Las dosis terapéuticas son similares en otras familias de fármacos como los antidepresivos y los antiepilépticos.
- Para enumerar los grupos de fármacos utilizados vamos a seguir la revisión realizada por Plantier et al.2 en 2016.

BETABLOQUEANTES

En la revisión realizada por Plantier et al.2 recogen varios estudios en los que utilizan betabloqueantes para el tratamiento de la agitación y la agresividad tras el TCE (propranolol y pindolol), los grupos de pacientes son heterogéneos y las dosis utilizadas tampoco están estandarizadas. Los estudios ponen de manifiesto que el tratamiento disminuye la intensidad de los episodios de agitación o agresividad, pero no así su frecuencia. Proponen dosis de propranolol entre 40 y 80 mg al día, con un inicio a dosis bajas y aumento progresivo. Recomiendan además la realización de un electrocardiograma previo al inicio de dicho tratamiento. Destacar como efectos secundarios la hipotensión y la bradicardia.

NEUROLÉPTICOS O ANTIPSICÓTICOS

En los estudios revisados nos encontramos con que los neurolépticos no se encuentran entre los 5 fármacos más utilizados para el tratamiento de la agitación tras el TCE. Se recoge que tanto el haloperidol como la risperidona son utilizados por personas "no expertas", se sugiere el uso de la olanzapina y quetiapina. Dentro de los efectos adversos de los neurolépticos destacamos el síndrome neuroléptico maligno, sienten los pacientes con TCE más sensibles a padecerlo. Destacamos además el potencial efecto nocivo de los neurolépticos en el proceso de recuperación de estos pacientes, independientemente del efecto sedativo; algunos estudios señalan un aumento de la duración de la amnesia postraumática relacionada con el uso de haloperidol³. Se recomienda evitar el uso de neurolépticos en pacientes con TCE, reservándolos para casos de agitación que no respondan a otros tratamientos, priorizando el uso de neurolépticos atípicos (olanzapina, quetiapina) dados sus menores efectos adversos.

ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos, además de su indicación en el tratamiento de la depresión, pueden ser efectivos de forma indirecta en la agitación y la agresividad (cuando consideramos la depresión y la ansiedad como factores predisponentes). La amitriptilina mostró cierta eficacia en la agitación a dosis de 25 mg/día. La paroxetina y el citalopram demostraron eficacia en el tratamiento de los gritos patológicos tras el TCE. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) podrían tener un efecto positivo en la plasticidad cerebral y, por tanto, en el potencial de recuperación. La sertralina mostró eficacia en la agitación, agresividad e irritabilidad con dosis de hasta 200 mg/día. Se ha demostrado también mejoría en el Síndrome de Klüver-Bucy (agitación, hiperoralidad e hipersexualidad) tras el TCE grave con el uso de sertralina hasta 150 mg/día.

En ausencia de indicaciones específicas se recomienda escoger el antidepresivo mejor tolerado, el que menos efectos secundarios tenga o buscando además el uso terapéutico de los efectos secundarios (por ejemplo priorizando la fluoxetina en casos de depresión, ansiedad e hiperfagia; o priorizando el citalopram o la sertralina en casos de depresión, ansiedad y emotividad).

ANTIEPILÉPTICOS

El uso de fármacos antiepilépticos para el tratamiento profiláctico de las crisis comiciales tras el TCE ha servido para demostrar su eficacia en el tratamiento de la agitación y la agresividad. Según la revisión de Plantier et al, tanto la carbamazepina como el ácido valproico están recomendados como primera línea de tratamiento para la agresividad, ira e irritabilidad tras el TCE, especialmente cuando también están presentes los cambios de humor, esta indicación entra en controversia con la publicación de Ríos-Romenets et al de 2007¹, en que recoge que la carbamazepina empeora las funciones cognitivas y solamente debería emplearse (como otros antiepilépticos) ante la existencia de epilepsia postraumática confirmada o en algunos casos de alteraciones emocionales graves o en la conducta agresiva de difícil manejo. La eficacia del valproato sódico es rápida con una relativamente estandarizada de 1250 mg /día, las dosis de carbamazepina serían entre 400 y 900 mg /día. También se ha reflejado la mejoría en el Síndrome de Klüver-Bucy con carbamazepina.

BENZODIACEPINAS

No existe evidencia en la eficacia del tratamiento con benzodiacepinas en la agitación y agresividad tras el TCE. En este tipo de pacientes las benzodiacepinas deberían utilizarse sólo en casos de emergencia y no mantenerse a largo plazo para el control de la agitación. Su uso debería limitarse a situaciones donde la ansiedad es el síntoma predominante y durante períodos cortos de tiempo. Pueden interferir en la memoria y en la atención sostenida, pueden contribuir a una excesiva sedación, aumentan el riesgo de caídas y existe riesgo de dependencia².

AMANTADINA

No ha demostrado eficacia en el tratamiento de la agitación, agresividad o ansiedad tras el TCE. Hay estudios en los que muestra mejoría en la apatía, en la capacidad de toma de decisiones y en la motivación, con dosis de 300 mg/día. Dentro de los efectos adversos destacar las crisis epilépticas por disminución del umbral convulsivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos-Romenets S, Castaño-Monsalve B, Bernabeu-Guitart M. Farmacoterapia de las secuelas cognitivas secundarias a traumatismo craneoencefálico. Rev Neurol 2007; 45 (9): 563-570.
2. Plantier D, Luauté J, et al. Drugs for behavior disorders after traumatic brain injury: Systematic review and expert consensus leading to French recommendations for good practice. Ann Phys Rehabil Med 2016; 59 (1): 42-57.
3. Chew E, Zafonte RD. Pharmacological management of neurobehavioral disorders following traumatic brain injury--a state-of-the-art review. J Rehabil Res Dev 2009; 46(6):851-79.