



¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Laura Morillas Fernández

Dolores Pineda

Leticia Simao Aiex

Julio Andrés Sepúlveda Pérez

Domingo Morillas Fernández

Alicia Morillas Fernández

Laura_med81@yahoo.es

Epilepsia, suicidio, fármacos antiepilépticos, tratamiento y efectos adversos

RESUMEN

La Federation Drug Administration (FDA) de EEUU emitió una alerta sobre un mayor riesgo de ideación y conducta suicida en personas con epilepsia tratadas con fármacos antiepilépticos (FAE). El suicidio es un importante problema de salud pública. La tasa de mortalidad estándar por suicidio en pacientes con epilepsia es tres veces mayor que la de la población general, siendo el 11.5% de todas las muertes por esta causa.

Se realizaron búsquedas en PubMed combinando "epilepsia" con otros términos como suicidio, fármacos antiepilépticos, tratamiento y efectos adversos.

Un posible factor de confusión en las muertes relacionadas con la epilepsia es el papel de la comorbilidad psiquiátrica, pero varios estudios muestran alta tasa de suicidio incluso después de excluir a estos pacientes psiquiátricos y ajustar los factores socioeconómicos. Algunos autores han sugerido un vínculo con el lóbulo temporal, pero esto no está respaldado en otros. Por lo tanto, otros factores pueden jugar un papel importante. También se ha visto que en algunos estudios el riesgo de suicidio es mayor en aquellos pacientes que no cumplían con la medicación antiepiléptica.

El suicidio es un fenómeno complejo que requiere atención y comprensión cuidadosas y, por esta razón, se necesita urgentemente más investigación en casos de epilepsia. Una barrera importante para la prevención del suicidio en estos casos es la falta de capacitación en psiquiatría de la mayoría de los neurólogos.

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es la enfermedad neurológica grave y crónica más común, que afecta a 65 millones de personas en el mundo epilepsia (Blaszczyk & Czuczwar, 2016).

Cada año se producen aproximadamente 1000 muertes relacionadas con la epilepsia en el Reino Unido; ascendiendo la cifra a 180.000 muertes anuales en todo el mundo. Aunque las razones de este mayor riesgo de muerte prematura no se entienden de forma completa, pueden explicarse por una interrelación entre la etiología de la enfermedad, la edad, el sexo, la ubicación geográfica y el uso de medicamentos antiepilépticos (Watila, Balarabe, Ojo, Keezer, & Sander, 2018).

A nivel mundial, el suicidio es un importante problema de salud pública. Constituye además una fuerte causa de pérdida de años de vida saludable, ya que muchos se producen a principios y mediados de la edad adulta. En general, constituye el 1,5% de todas las muertes y representa la décima causa de muerte, con una incidencia de 10,7/100.000 por año (Mula, 2018). Las tasas generales de suicidio en algunos países varían desde 3,2 por 100.000 en Grecia, 11,3 por 100.000 en los Estados Unidos, 13,0 por 100.000 en Alemania y hasta 34,3 por 100.000 en Rusia (Lewis, Anderson, & Feuchtinger, 2014). Si tenemos en cuenta la mortalidad estándar por suicidio en pacientes con epilepsia, la tasa es tres veces mayor que la de la población general. De hecho, el suicidio representa el 11.5% de todas las muertes en epilepsia (Mula, 2018), aunque puede variar entre el 5 y el 14,3% (Ferrer et al., 2014). La tasa de suicidio es más alta en pacientes epilépticos institucionalizados y los que sufren epilepsia del lóbulo temporal, mientras que es elevada, pero más baja, en aquellos con epilepsia de inicio reciente y los evaluados en clínicas de atención terciaria (Josephson & Jette, 2017).

Los factores de riesgo para el suicidio incluyen comorbilidades psiquiátricas como trastornos del estado de ánimo (Blaszczyk & Czuczwar, 2016). Si bien, se ha dicho que el riesgo de suicidio sigue siendo alto incluso después de excluir a los pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos y ajustarse factores socioeconómicos, lo que sugiere que la epilepsia per sé se asocia con un mayor riesgo de suicidio (Mula, 2018).

Se ha visto que algunos trastornos psiquiátricos, como la depresión, pueden ser más frecuentes en pacientes con epilepsia que en la población general. La depresión comórbida causa un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes y, afecta a más de un tercio de los mismos. También como resultado de esta asociación, se produce un aumento de la tasa de muertes prematuras. Algunos autores sugieren que los mecanismos patógenos para la epilepsia se comparten con la depresión y el riesgo de suicidio (Blaszczyk & Czuczwar, 2016).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Sin embargo, sigue siendo controvertido si algún tipo de epilepsia se asocia de forma independiente con los intentos de suicidio debido a que los efectos de varias comorbilidades psiquiátricas se observan a menudo en pacientes con epilepsia y pueden preceder a un intento de suicidio (Harnod, Lin, & Kao, 2018).

La epilepsia y el intento de suicidio tienen características comunes, tanto en epidemiología como en neurobiología. Los intentos de suicidio y las crisis epilépticas son fenómenos episódicos que comparten riesgos de recurrencia y factores de riesgo similares (Hesdorffer et al., 2016).

Las personas con epilepsia sintomática y neurodéficits tienen un mayor riesgo de muerte prematura en comparación con las personas con epilepsias idiopáticas o las que están libres de ataques (Watila et al., 2018).

Los fármacos antiepilépticos (FAE) se han descrito como posibles factores de riesgo para el comportamiento suicida (Ferrer et al., 2014). En 2008, la Federation Drug Administration (FDA) de EEUU emitió una alerta sobre un mayor riesgo de ideación y conducta suicida en personas con epilepsia tratadas con FAE (Mula, 2018). Aunque la misma Administración ha etiquetado a todos los FAE como suicidogénicos, sólo lamotrigina y topiramato de más de 30 fármacos se han asociado con un aumento del comportamiento relacionado con el suicidio (Sagiraju et al., 2018). La estrecha relación entre la epilepsia y otros trastornos neurológicos y psiquiátricos ha determinado el uso de FAE para diferentes indicaciones (Ferrer et al., 2014).

Las consecuencias de esa advertencia han sido discutidas por una serie de autores y, posteriormente, la FDA amplió esa advertencia indicando que la depresión en sí misma ya se asocia con un mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, esto no ha sucedido para la epilepsia aún, a pesar de la creciente cantidad de evidencia que muestra que la epilepsia se asocia con un mayor riesgo de suicidio (Mula, 2018).

No hay duda de que los FAE tienen un potencial psicotrópico, ya que modifican las vías neuronales que no solo son relevantes para el control de las convulsiones, sino también para el estado de ánimo y el comportamiento. De hecho, algunos FAE se utilizan con éxito en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. Sin embargo, también pueden tener propiedades psicotrópicas negativas, y esto parece ser más evidente en la epilepsia en comparación con otras afecciones neurológicas como puede ser en dolor neuropático, migraña o trastornos del movimiento, y esto probablemente porque la epilepsia per sé está asociada con una mayor prevalencia de anomalías de comportamiento. Por todas estas razones, la cuestión del suicidio durante el tratamiento con FAE en pacientes con epilepsia es más compleja que solo un evento adverso emergente del tratamiento (Mula, 2018).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Varios instrumentos clínicos han sido validados en personas con epilepsia para el cribado periódico de la depresión, y el Inventario de Trastornos de la Depresión Neurológica para la Epilepsia (NDDIE) también ha sido validado para la detección de suicidio (Mula, 2018).

ENFERMEDADES MENTALES

Aunque la mayoría de estudios se centran en la asociación entre depresión y epilepsia, otros trastornos de ánimo también están relacionados, como trastornos del estado de ánimo como la distimia y los trastornos del espectro bipolar, a menudo poco reconocidos (Josephson & Jette, 2017). Entre las personas que generalmente se suicidan, el 90% sufre de una enfermedad psiquiátrica diagnosticable y, en particular, de depresión. Aproximadamente el 15% de los pacientes con depresión grave eventualmente mueren por suicidio (Lewis et al., 2014)

En estudios realizados en países occidentales, se ha considerado que varias comorbilidades psiquiátricas desempeñan un papel muy importante en el suicidio de pacientes con epilepsia, y el riesgo de suicidio puede ser 9 veces mayor en aquellos con epilepsia y que presentan estas comorbilidades. Entre estos trastornos psiquiátricos, la depresión es la comorbilidad más común y se ha informado una incidencia estimada del 62% en ciertas poblaciones de epilepsia. Sin embargo, otro estudio informó un riesgo definitivamente mayor de suicidio en pacientes con epilepsia que no tenían comorbilidades psiquiátricas (Harnod et al., 2018).

El episodio depresivo mayor es el trastorno mental comórbido más frecuente en la epilepsia, y su presencia se asocia con un efecto negativo en el control de las convulsiones, mayores tasas de efectos adversos de la terapia con FAD, peor resultado de la cirugía de la epilepsia, mayor riesgo de comportamiento suicida en pacientes con epilepsia, y el aumento de los costos de atención médica (Blaszczyk & Czuczwar, 2016). Se ha determinado que hasta la mitad de las personas con epilepsia no cumplen con los criterios de diagnóstico convencionales para los trastornos del estado de ánimo, ya que la duración es demasiado breve o el conjunto completo de los síntomas necesarios no está presente. Más bien, las personas con epilepsia son propensas a una constelación de síntomas más consistentes con un trastorno distímico intermitente (que suele durar de horas a días) en lugar de un trastorno depresivo mayor (Josephson & Jette, 2017).

La epilepsia y la depresión se afectan mutuamente; no sólo los pacientes con epilepsia tienen un mayor riesgo de depresión, sino que los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de epilepsia que la población general (Tao & Wang, 2016). Puede ser difícil identificar a las personas con alto riesgo de suicidio. La característica más consistente asociada independientemente con el suicidio es, como era de esperar, una historia de un trastorno del estado de ánimo (Josephson & Jette, 2017).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Se reconoce que la depresión es una variable independiente con respecto a la calidad de vida, independientemente de la frecuencia de las crisis. Las personas con epilepsia tienen una tasa de suicidio aumentada con un odds ratio de 3, mientras que para las personas con epilepsia y un trastorno psiquiátrico, el odds ratio para la tasa de suicidio aumenta a 13 (Blaszczyk & Czuczwar, 2016).

La depresión en la epilepsia se relaciona principalmente con:

- Epilepsia en sí misma: Se ha estudiado que la sintomatología depresiva puede disminuir después de la resección quirúrgica del foco epileptogénico, además de disminuir también las convulsiones, lo que sugiere que la epilepsia puede causar depresión. En otro estudio con pacientes epilépticos encontraron que tenían 1 convulsión adicional y un aumento de 1,38 veces el riesgo de depresión. Sin embargo, otros han sugerido que la gravedad de la depresión no se asoció con el control de la epilepsia, la duración y la edad de inicio (Tao & Wang, 2016).
- factores iatrogénicos (incluidos los fármacos antiepilépticos, FAE): Algunos fármacos son estabilizadores del estado de ánimo, mientras que otros pueden causar o agravar la depresión. Se ha sugerido que topiramato (TPM), levetiracetam (LEV), vigabatrina (VGB) y tiagabina se asociaron con un mayor riesgo de depresión y un riesgo 3 veces mayor de autolesión/comportamiento suicida. También se ha encontrado alta aparición de episodios depresivos en pacientes que tomaban topiramato, fenitoína y fenobarbital, siendo el episodio depresivo actual el crítico para el comportamiento suicida. Además, se ha propuesto que el número de FAE se correlacionó positivamente con las puntuaciones de la escala de depresión, lo que sugiere que la politerapia podría exacerbar la depresión. En el estudio IMDYVA el 62.1%-64.8% de los pacientes con epilepsia resistente a los medicamentos tenía síntomas depresivos, mientras que solo el 32.6%-37.2% de los pacientes bien controlados tenían síntomas depresivos, lo que sugiere que el medicamento La respuesta está relacionada con la depresión. También se ha encontrado que antecedentes de depresión se han relacionado con dos veces mayor riesgo de desarrollar epilepsia intratable (Tao & Wang, 2016).
- la cirugía de la epilepsia: A pesar de que la cirugía puede disminuir las convulsiones, la depresión puede persistir o, incluso, aparecer de novo. La depresión que aparece por primera vez constituye la secuela psiquiátrica más común de la cirugía de epilepsia (Tao & Wang, 2016).
- los factores sociodemográficos: Se ha visto que los individuos con bajos ingresos, situación económica precaria, escaso apoyo social y situación laboral insegura tienen más depresión. También las diferencias de género, edad y nacionalidad pueden tener un mayor riesgo de depresión (Tao & Wang, 2016).

Se ha encontrado un mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión pero no así entre los de trastorno bipolar.

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

En otro concluyeron que cualquier FAE puede aumentar el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar en seguimiento ambulatorio y de pacientes hospitalizados (Ferrer et al., 2014).

En un estudio con población taiwanesa mostraron que los intentos de suicidio fueron mayores en pacientes con epilepsia y varias otras comorbilidades psiquiátricas, como depresión y trastornos mentales, pero no en aquellos con esquizofrenia, enfermedades relacionadas con el alcohol, ansiedad e insomnio, comparados con el grupo control. Estas relaciones sugieren que posiblemente existan mecanismos comunes en algunos tipos de trastornos psiquiátricos y epilepsia, que reducen el umbral de convulsiones y aumentan el riesgo de ideación e intentos de suicidio. Sin embargo, los hallazgos también revelaron una asociación independiente entre la epilepsia y los intentos de suicidio, sin considerar las comorbilidades psiquiátricas (Harnod et al., 2018).

Los trastornos de personalidad pueden ser relativamente comunes en personas con epilepsia, aunque faltan estudios exhaustivos. Se estima que los trastornos de personalidad ocurren en 4 a 38% de las personas con epilepsia. Aunque existen pocas comparaciones directas, la prevalencia parece ser mayor que la reportada en la población general (5,9 a 13,4%) (Josephson & Jette, 2017).

Enfermedades neurológicas

Enfermedades neurológicas que han sido relacionadas con elevados intentos de suicidio son: esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson (principalmente la ideación suicida pero no lo planes e intentos; se dice que los intentos son menores debido a los efectos de la bradicinesia, akinesia, bradifrenia y apatía)(Lewis et al., 2014).

Factores de riesgo

Las personas con epilepsia tienen un mayor riesgo de experimentar una ideación suicida, mostrar un comportamiento suicida y cometer suicidio que la población general (Lewis et al., 2014)

La desesperanza es un elemento central en la ideación suicida y se reconoce como un predictor clave del suicidio, igual o más poderoso que la depresión sola. Las personas con desesperanza comienzan a imaginar la muerte como una solución positiva para el futuro negativo que perciben que les espera mientras enfrentan los desafíos de estas afecciones (Lewis et al., 2014).

Está ampliamente demostrado que un nivel socioeconómico bajo o ingresos disminuidos se asocian a un alto riesgo de enfermedades que preceden y causan epilepsia, con mayor riesgo de epilepsia y con mayores tasas de mortalidad. Además, el sexo, la edad y los factores socioeconómicos y étnicos tienen un papel importante en los pacientes que mueren prematuramente o intentan suicidarse (Harnod et al., 2018).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

En los países occidentales, una persona puede ser altamente intolerante a la dependencia o discapacidad debido a una enfermedad crónica, y varios estudios han reportado índices notablemente más altos de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios en pacientes con discapacidades que en la población general, mientras que los asiáticos generalmente tienen una mayor tolerancia al deterioro, la dependencia o la discapacidad en la vida diaria que los europeos y los estadounidenses (Harnod et al., 2018).

Los intentos de suicidio y epilepsia comparten factores de riesgo psiquiátricos, incluida la depresión, ansiedad, atención, trastorno por déficit/hiperactividad, abuso o dependencia del alcohol y psicosis. Otros trastornos episódicos, como migraña con aura y esclerosis múltiple, también son factores de riesgo para el desarrollo de epilepsia y para el intento de suicidio. Además, el estado socioeconómico bajo es un factor de riesgo para ambos trastornos (Hesdorffer et al., 2016).

RIESGO DE SUICICIO

Hesdorffer et al., encontraron que antes del inicio de la epilepsia, el riesgo aumentaba tanto como para un primer aumento de suicidio como para los intentos recurrentes entre los pacientes que posteriormente desarrollaron epilepsia. Además, la fuerza de la asociación con el intento de suicidio fue similar entre los pacientes para aquellos con y sin diagnóstico de trastornos psiquiátricos (Hesdorffer et al., 2016).

Se ha visto que la gravedad del trastorno convulsivo no parece desempeñar un papel, e incluso si la depresión parece ser uno de los factores predictivos más importantes, el riesgo de suicidio sigue siendo alto incluso después de excluir a los pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos y ajustar los factores socioeconómicos. Esto sugiere que la epilepsia per sé está asociada con un mayor riesgo de suicidio. Algunos autores han sugerido un vínculo particularmente con la epilepsia del lóbulo temporal, pero esto no está respaldado por otros estudios. Es, por lo tanto, evidente que otros factores, aún no identificados, contribuyen al aumento del riesgo de suicidio en la epilepsia (Mula, 2018).

La evaluación del riesgo de suicidio debe realizarse para detectar la presencia de pensamientos de este tipo, sin embargo, no es capaz de predecir los cambios que pueden darse en el continuo del ingreso de un paciente. Si existe riesgo, se requiere una atención médica continuada de los pacientes. Ya que la prevención del riesgo suicida en pacientes con afecciones neurológicas empieza con la prevención (Lewis et al., 2014).

El monitoreo del potencial y la presencia de riesgo suicida requiere una atención continua por parte de los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con estas afecciones neurológicas (Lewis et al., 2014).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Se ha descrito el contrato de no suicidio (CNS) como una intervención en la prevención, que consiste en un acuerdo verbal o escrito entre médico y paciente. A pesar de que algunos estudios no respaldan esta prevención, el uso clínico del CNS es útil en el tratamiento pero debe ser sólo parte de una estrategia integral en la gestión del riesgo de suicidio (Lewis et al., 2014).

La evaluación del riesgo de suicidio se puede lograr a través del módulo de suicidio del Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). También el PHQ-9 tuvo una buena sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo para la ideación suicida en la epilepsia (90% o más) (Josephson & Jette, 2017).

FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

Se ha estimado que la probabilidad de comportamiento suicida eran 1.84 veces más alta tras el inicio de tratamiento con un FAE (Josephson & Jette, 2017).

En pacientes sin trastornos neurológicos, el uso de FAE en los 12 meses anteriores se ha asociado con un 80% de probabilidades mayores de intento de suicidio, después de la posible confusión relacionada con el trastorno psiquiátrico (Grimaldi-Bensouda et al., 2017).

Se ha sugerido que el tratamiento médico temprano con medicamentos antiepilepticos podría reducir potencialmente el riesgo de suicidio en personas con epilepsia, debido a los efectos estabilizadores del estado de ánimo en algunos compuestos. Es importante que la medicación de elección sea adecuada para el estado mental del paciente. Aunque se recomienda tratar a los paciente, algunos estudios han encontrado que los FAE podría aumentar el riesgo de suicidio en algunos grupos de medicamentos (Lewis et al., 2014).

Existe también investigación que sugiere una asociación entre el uso de benzodiazepinas y un mayor riesgo de suicidio o intento de suicidio (Grimaldi-Bensouda et al., 2017).

Y también se ha observado que en pacientes con depresión (pasada y/o actual), existe una asociación entre el uso de FAE y un aumento del 60% de las probabilidades de intento de suicidio, que no se encontró en pacientes sin antecedentes de depresión, lo que subraya el papel desempeñado por los trastornos psiquiátricos subyacentes (Grimaldi-Bensouda et al., 2017).

Varios estudios sugieren que el uso de FAE actúa como un marcador para la depresión u otros trastornos como el dolor crónico, y ambos están fuertemente relacionados con las conductas suicidas. Además, los resultados de Grimaldi-Bensouda et al., apoyan la evidencia de falta de asociación entre el uso de FAE (no benzodiazepinas) y el riesgo de intento de suicidio (Grimaldi-Bensouda et al., 2017).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

DISCUSIÓN

Después de casi 10 años, aún faltan pruebas a favor o en contra de la alerta de la FDA. El suicidio es un fenómeno complejo que requiere atención y comprensión cuidadosas, y por esta razón, se necesita urgentemente más investigación en epilepsia mientras que ignorar, o incluso peor, minimizar el problema, es totalmente inaceptable (Mula, 2018).

Varios estudios han encontrado que el suicidio es un importante contribuyente a la elevada mortalidad observada en la epilepsia y que los individuos con epilepsia tienen un mayor riesgo de suicidio, incluso cuando no se tenían en cuenta enfermedades psiquiátricas coexistentes, diferencias demográficas y factores socioeconómicos (Josephson & Jette, 2017).

Se debe obtener un historial de intentos de suicidio en todas las personas con epilepsia, ya que entre el 10 y el 20% de estos individuos completarán el suicidio con éxito dentro de los 10 años (Josephson & Jette, 2017).

Los estudios documentan diversas enfermedades neurológicas relacionadas con la ideación suicida, estando entre las de mayor riesgo la epilepsia, también la esclerosis múltiples y el Parkinson (Lewis et al., 2014). La principal barrera para la prevención del suicidio en la epilepsia es la falta de capacitación en psiquiatría de la mayoría de los neurólogos (Mula, 2018). Y, aunque existen pautas para los centros de salud mental, las pautas o protocolos para los pacientes de cuidados agudos o neurología están limitados (Lewis et al., 2014).

En mayo de 2013, la Organización Mundial de la Salud emitió el primer Plan de Acción de Salud Mental en el cual la prevención del suicidio es una parte integral, con el objetivo de reducir las tasas de suicidio en todo el mundo en un 10% para 2020. Esta es una excelente oportunidad para que la comunidad tome conciencia sobre el suicidio en la epilepsia y para que los neurólogos desarrollen estrategias de prevención apropiadas junto con los servicios de psiquiatría, ya que la prevención es el único tratamiento para el suicidio (Mula, 2018).

Un posible factor de confusión en las muertes relacionadas con la epilepsia es el papel de la comorbilidad psiquiátrica, tanto en adultos como en niños, que a pesar de que cada vez tiene más interés, generalmente se diagnostica de manera insuficiente (Watila et al., 2018). Esto enfatiza la necesidad de métodos de detección confiables y efectivos para la depresión. Casi el 50% de las muertes relacionadas con la epilepsia se producen en el grupo de pacientes menores de 55 años y el período más peligroso es el inmediatamente después del primer diagnóstico. Los clínicos deben tenerlo en cuenta para que puedan reconocer a los pacientes que tienen más probabilidades de desarrollar depresión y, en consecuencia, tienen un mayor riesgo de cometer suicidio. Se necesitan también herramientas de diagnóstico nuevas y más avanzadas que permitan reconocer los trastornos psiquiátricos en estos pacientes y prevenir o mitigar sus consecuencias adversas.

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Además, también se debe aumentar la conciencia de los clínicos con respecto a sus pacientes con epilepsia y que corren el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos que pueden ser una causa directa de suicidios (Blaszczyk & Czuczwar, 2016). Todavía no se ha determinado si el reconocimiento temprano y el tratamiento de los trastornos depresivos cambiarían el impacto en los riesgos más altos de desarrollar epilepsia que tienen los pacientes con depresión y en su respuesta al tratamiento (Blaszczyk & Czuczwar, 2016).

Las comorbilidades psiquiátricas son comunes en la epilepsia. Puede haber mecanismos fisiopatológicos compartidos que expliquen la asociación entre la epilepsia y la multitud de comorbilidades psiquiátricas con las que está relacionada. El reconocimiento de estas condiciones es crítico, y la investigación futura debe apuntar a determinar si los mecanismos neuroanatómicos que gobiernan el tipo de epilepsia (es decir, la epilepsia generalizada versus la epilepsia focal; temporal frente a la extratemporal) se asocian preferentemente con síntomas psiquiátricos específicos (Josephson & Jette, 2017).

También las comorbilidades psiquiátricas asociadas tienen un efecto perjudicial sobre la calidad de vida, parecen presentar peores resultados de convulsiones y pueden estar asociadas con el incumplimiento de la medicación. Por lo tanto, los estudios futuros deben centrarse en el reconocimiento preciso de estas condiciones, ya que sus manifestaciones pueden diferir de las que se presentan en personas sin epilepsia (Josephson & Jette, 2017).

El rápido reconocimiento y tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas es primordial, ya que los estados de ánimo influyen en gran medida en la calidad de vida, según lo evaluado por instrumentos validados específicos para la epilepsia. Además, las condiciones psiquiátricas comórbidas se asocian con un mayor riesgo de suicidio y muerte prematura. Por lo tanto, no hay razón para que estas personas no deban recibir una terapia óptima para sus comorbilidades psiquiátricas (Josephson & Jette, 2017).

Cuando un clínico observa evidencia de desesperanza, depresión o aislamiento social, o cuando los pacientes ofrecen o afirman la presencia de ideas suicidas, los clínicos deben evaluar más a fondo la naturaleza de los pensamientos suicidas del paciente y remitirlos para su seguimiento. Para ello, el establecimiento de una buena relación médico-paciente es fundamental. Se deben hacer preguntas abiertas para ganar confianza y establecer una cuidada relación que permita discernir las respuestas que indican el potencial de la ideación suicida. Una vez que se reconocen los factores de riesgo, la implementación de pruebas de detección, evaluación e intervenciones de tratamiento, y la vigilancia son esenciales para reducir el potencial de suicidio. El estado de un paciente puede cambiar en cualquier momento durante la hospitalización. Por esta razón, se requiere un monitoreo continuo y una evaluación regular de los pacientes. Cuando se evalúe a los pacientes, los miembros de la familia, otras personas significativas y/o amigos cercanos deben incluirse cuando sea apropiado (Lewis et al., 2014).

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

También se ha advertido que cualquier intento de evaluación del riesgo de suicidio debe ser realista, reconociendo los límites de la prevención del suicidio. La atención a los factores de riesgo ambiental, por ej. la dotación de personal, la orientación y el conocimiento de los miembros del equipo, la comunicación entre los miembros del equipo o el monitoreo continuo desempeñan un papel importante para ayudar a mantener la seguridad del paciente. Las intervenciones de tratamiento basadas en la evaluación suicida integral están determinadas para lograr una mejora en el estado de ánimo, la atención a la seguridad del paciente y el tratamiento de los síntomas clínicos problemáticos y la reducción de los riesgos ambientales. Estas actividades clínicas ayudarán en un enfoque sistemático para la prevención del suicidio (Lewis et al., 2014).

Aunque, existe preocupación sobre el posible papel de la medicación antiepiléptica en el desarrollo de tendencias suicidas, algunos estudios que han evaluado el riesgo suicida han encontrado que el riesgo de suicidio era mucho mayor en aquellos que no cumplían con la medicación antiepiléptica (Watila et al., 2018). Desde la alerta de la FDA se han realizado varios estudios retrospectivos, con bases de datos electrónicas que han resultado contradictorios, debido posiblemente a que el uso de estas bases puede no ser de confianza. De hecho, es necesario tener en cuenta la indicación clínica concreta del FAE en primer lugar, de forma que el riesgo suicida pueda interpretarse independientemente de la causa de la indicación (Grimaldi-Bensouda et al., 2017). También los diferentes estudios han mostrado una heterogeneidad considerable a nivel clínico y metodológico (Josephson & Jette, 2017). En una revisión sistemática en 2014 se concluyó que no hay pruebas claras para confirmar o descartar una asociación entre el uso de FAE y el suicidio debido a la heterogeneidad a nivel clínico y metodológico de los estudios revisados (Ferrer et al., 2014). Aun así, es difícil predecir las personas en riesgo. Se sugiere que las personas con enfermedad psiquiátrica deben someterse a una evaluación psiquiátrica regular, pero se necesitan estudios adicionales para identificar los factores de susceptibilidad para el suicidio en personas con epilepsia (Watila et al., 2018).

Al aumentar el uso de FAE en otras condiciones, se requieren estudios bien diseñados a largo plazo del uso de estos fármacos en pacientes con epilepsia, trastornos del dolor (por ejemplo, cefalea, dolor neuropático) y condiciones psiquiátricas para comprender su papel causal en comportamiento suicida (Sagiraju et al., 2018).

CONCLUSIONES

La ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio completado es un riesgo potencial en el caso de pacientes con epilepsia, como hemos visto. Por ello, en estos pacientes es esencial la evaluación y seguimiento y el tratamiento adecuado.

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

BIBLIOGRAFÍA

- Blaszczyk, B., & Czuczwar, S. J. (2016). Epilepsy coexisting with depression. *Pharmacological Reports : PR*, 68(5), 1084-1092. doi:10.1016/j.pharep.2016.06.011 [doi]
- Ferrer, P., Ballarin, E., Sabate, M., Vidal, X., Rottenkolber, M., Amelio, J., . . . Ibanez, L. (2014). Antiepileptic drugs and suicide: A systematic review of adverse effects. *Neuroepidemiology*, 42(2), 107-120. doi:10.1159/000356807 [doi]
- Grimaldi-Bensouda, L., Nordon, C., Rossignol, M., Jardon, V., Boss, V., Warembourg, F., . . . PROTECT-WP6 study group. (2017). Antiepileptic drugs and risk of suicide attempts: A case-control study exploring the impact of underlying medical conditions. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26(3), 239-247. doi:10.1002/pds.4160 [doi]
- Harnod, T., Lin, C. L., & Kao, C. H. (2018). Evaluating clinical risk factors for suicide attempts in patients with epilepsy. *Journal of Affective Disorders*, 229, 79-84. doi:S0165-0327(17)32213-9 [pii]
- Hesdorffer, D. C., Ishihara, L., Webb, D. J., Mynepalli, L., Galwey, N. W., & Hauser, W. A. (2016). Occurrence and recurrence of attempted suicide among people with epilepsy. *JAMA Psychiatry*, 73(1), 80-86. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2516 [doi]
- Josephson, C. B., & Jette, N. (2017). Psychiatric comorbidities in epilepsy. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 29(5), 409-424. doi:10.1080/09540261.2017.1302412 [doi]
- Lewis, D. S., Anderson, K. H., & Feuchtinger, J. (2014). Suicide prevention in neurology patients: Evidence to guide practice. *The Journal of Neuroscience Nursing : Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 46(4), 241-248. doi:10.1097/JNN.000000000000062 [doi]
- Mula, M. (2018). Do anti-epileptic drugs increase suicide in epilepsy? 10 years after the FDA alert. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(3), 177-178. doi:10.1080/14737175.2018.1427067 [doi]
- Sagiraju, H. K. R., Wang, C., Amuan, M. E., Van Cott, A. C., Altalib, H. H., & Pugh, M. J. V. (2018). Antiepileptic drugs and suicide-related behavior: Is it the drug or comorbidity? *Neurology-Clinical Practice*, 8(4), 331-339. doi:10.1212/CPJ.0000000000000489
- Tao, K., & Wang, X. (2016). The comorbidity of epilepsy and depression: Diagnosis and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(11), 1321-1333. doi:10.1080/14737175.2016.1204233 [doi]

¿SE SUICIDAN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA?

Watila, M. M., Balarabe, S. A., Ojo, O., Keezer, M. R., & Sander, J. W. (2018). Overall and cause-specific premature mortality in epilepsy: A systematic review. *Epilepsy & Behavior, 87*, 213-225. doi:10.1016/j.yebeh.2018.07.017