

Cartas al editor

- colitis – proposal for a scoring system and review of the literature. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005 Aug;22(4):277–84.
8. Fernandez-Banares F, Esteve M, Espinos JC, Rosinach M, Forne M, Salas A, et al. Drug consumption and the risk of microscopic colitis. *Am J Gastroenterol.* 2007 Feb;102(2):324–30.
 9. Gwillim EC, Bowyer BA. Duloxetine-induced lymphocytic colitis. *J Clin Gastroenterol.* 2012 Sep;46(8):717–8.
 10. Menon R, Ng C. Sertraline-induced microscopic colitis. *Psychosomatics.* 2015 May-Jun;56(3):316–7.
 11. Marques S, Carmo J, Bispo M. An Unusual Cause of Chronic Diarrhea. *Gastroenterology.* 2016 Feb;150(2):326–7.
 12. Bahin FF, Chu G, Rhodes G. Development of microscopic colitis secondary to duloxetine. *J Clin Gastroenterol.* 2013 Jan;47(1):89–90.
 13. Sisman G, Sadri S, Batur S, Dobrucali A. Collagenous colitis and ileitis under treatment with duloxetine. *Acta Gastroenterol Belg.* 2012 Dec;75(4):458–9.
 14. Kusnik B, Stolte M. Lymphocytic colitis under treatment with duloxetine. *Z Gastroenterol.* 2010 Jun;48(6):693–5.
 15. Bechade D, Desrame J, Raynaud JJ, Coutant G, Algayres JP. [Lymphocytic colitis following administration of mianserine]. *La Rev Med interne.* 2006 Jan;27(1):78–80.

Efectividad de una intervención no sedativa para prevenir las reacciones ansiosas y claustrofóbicas en la resonancia magnética

Jorge Gómez-Arnau¹
María Martín-Larrégola¹
María F. Rabito-Alcón²
Helen Dolengevich-Segal¹
Leticia Gutiérrez-Velasco³
Javier Correas-Laufer^{1,4}

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid)

²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), Collado-Villalba (Madrid)

³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid)

⁴Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Correspondencia:
Javier Correas Laufer
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario del Henares
Avenida de Marie Curie s/n
28822 Coslada (Madrid)

Correo electrónico: javier.correas@salud.madrid.org

Estimado Editor,

La experiencia de las resonancias es a menudo descrita por los pacientes como extraña e incómoda¹. En series clínicas, un número considerable de resonancias se tiene que interrumpir debido a la aparición de reacciones ansiosas. Algunos autores sitúan alrededor del 2% la frecuencia de reacciones ansiosas que surgen en la prueba. El número de pruebas que finalmente se tienen que interrumpir se situaría cercano al 1%^{2,3}. Todo ello daría lugar a un retraso en los procedimientos diagnósticos, retrasos en listas de espera y pérdidas económicas para el Sistema de Salud.

Muchos de los trabajos consideran la presencia de un diagnóstico de claustrofobia ante la mera presencia de síntomas ansiosos, sin realizar ningún tipo de valoración psicopatológica en los pacientes afectados². Sin embargo, la claustrofobia, que se define como un temor a los espacios cerrados, suele persistir en el tiempo y aparecer, en un mismo paciente, en espacios cerrados de distinta índole⁴.

Diversos autores han propuesto el uso de regímenes de sedación profunda para prevenir reacciones de ansiedad⁵. Sin embargo la sedación, incluso relativamente superficial, puede entrañar diversos riesgos, como por ejemplo la aparición de hipoxia⁶, lo que implica la necesidad de monitorización exhaustiva. Los trabajos que describen específicamente protocolos de pre-medicación mediante el uso de benzodiazepinas son menos numerosos^{7–9}.

El uso de aparatos de RM "abierta", valorados como menos ansiógenos, supondría una última alternativa en casos en los que la RM clásica no ha sido posible², pero su disponibilidad en el Sistema de Salud es aún baja y su intensidad del campo magnético menor¹⁰.

En el presente trabajo, se describe un protocolo de pre-medicación breve con alprazolam, como alternativa a la RM abierta. Asimismo, se evalúa la eficacia de la intervención y se exploran factores diagnósticos asociados con el éxito de la misma.

Métodos

Contexto del estudio

A finales del año 2012, la Dirección Médica del Hospital del Henares (Coslada, Madrid) solicitó al Servicio de Psiquiatría una intervención diagnóstica y terapéutica sobre los pacientes que se encontraban en lista de espera para RM abierta, con objeto de re canalizar una parte de estos pacientes a la RM convencional y aliviar así dicha lista de espera. El presente trabajo es un estudio observacional retrospectivo de esta intervención.

Pacientes

Desde Enero de 2013 hasta Diciembre de 2015 se incluyeron consecutivamente a todos los pacientes que cumplieran los siguientes criterios: 1) Edad mayor de 18 años; 2) Haber otorgado su consentimiento informado; 3) Estar en

Cartas al editor

lista de espera para RM abierta bien por indicación directa del médico prescriptor en base a sospecha de claustrofobia o por interrupción de una RM cerrada por síntomas ansiosos. Únicamente se excluyeron del estudio a pacientes que requirieran la prueba de manera urgente.

Evaluación e intervención

Todos los pacientes incluidos fueron entrevistados, en una ocasión, por un psiquiatra experimentado. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se emitió un diagnóstico, siguiendo criterios DSM-IV-TR⁴. A continuación, se les ofreció, como alternativa a la lista de espera, la posibilidad de realizar una RM cerrada con una pauta ansiolítica previa. A aquellos que aceptaron, se les indicó la toma de 1 mg de alprazolam en la noche previa a la prueba, 1 mg dos horas antes de la prueba y 1 mg adicional 20 minutos antes, ya en sala de espera. La intervención se consideró exitosa cuando se pudo realizar la RM cerrada sin incidencias.

Los datos para el presente estudio se recogieron *a posteriori*, mediante consulta de historia clínica electrónica.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis univariantes para identificar posibles factores asociados a la eficacia de la intervención, usando la prueba de Chi-cuadrado en variables cualitativas y la prueba T en las continuas. Todas las pruebas fueron bilaterales con un intervalo de confianza al 95%.

Resultados

Características de la muestra

Se incluyeron un total de 123 pacientes, con una edad media de 54,7 (SD=13,19) años, de los que 82 (66,7%) eran mujeres. 43 pacientes habían sido diagnosticados previamente de un trastorno psiquiátrico, predominando los trastornos ansiosos (62,8%), seguidos de los depresivos (25,6%). Únicamente 2 pacientes habían sido diagnosticados previamente de claustrofobia. En la entrevista, se consideró que 71 pacientes (57,7%) cumplían criterios para claustrofobia, mientras que los restantes casos presentaban ansiedad situacional sin criterios de claustrofobia.

Eficacia de la intervención

50 pacientes aceptaron repetir la prueba con un tratamiento previo. En 35 de ellos (28,5% del total), se logró realizar una RM cerrada y finalizarla con éxito. De los restantes, 7 no comparecieron el día de la prueba, en 6 se tuvo que interrumpir por ansiedad y en 2, aunque se finalizó, la

prueba resultó artefactada (Figura 1). Los pacientes en los que fracasó el protocolo (15) fueron de nuevo incluidos en la lista de espera de RM abierta. Por otra parte, cuando en la evaluación diagnóstica se detectó psicopatología significativa, el psiquiatra recomendó derivación a los servicios de salud mental de zona.

Correlatos de eficacia de la intervención

Únicamente 10 pacientes con claustrofobia (14,1%) pudieron completar la RM cerrada con éxito, frente a 25 (48,1%) de los no claustrofóbicos. El diagnóstico actual fue la única variable para la que se halló una asociación estadísticamente significativa con el éxito de la intervención ($p<0,01$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables recogidas (edad, sexo, antecedentes psiquiátricos).

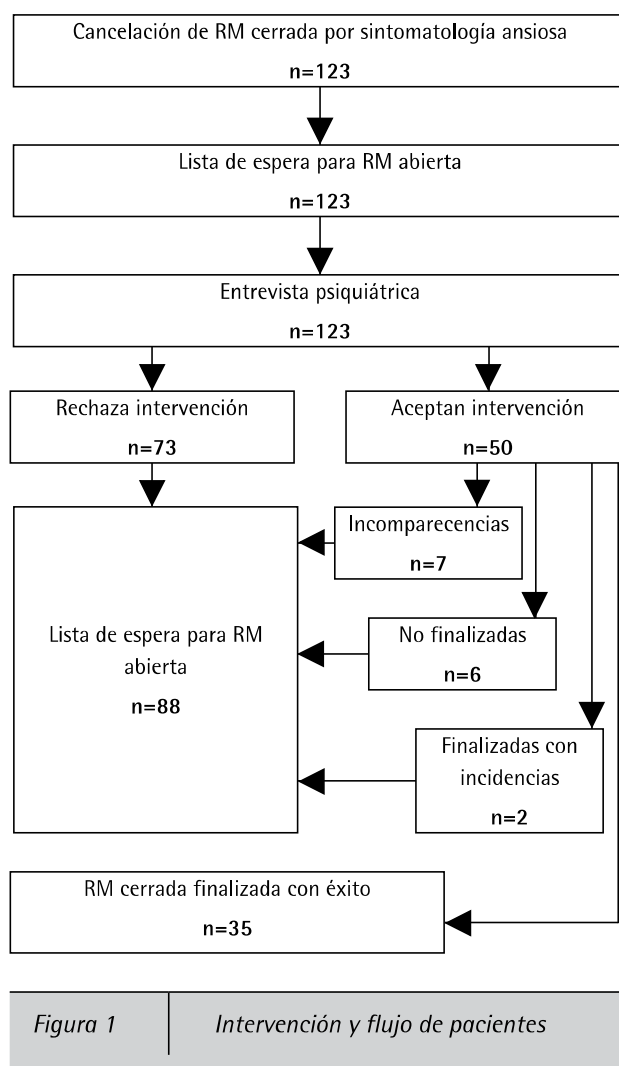


Figura 1

Intervención y flujo de pacientes

Conclusiones

La eficacia de la intervención fue considerable, sobre todo en los pacientes no claustrofóbicos. La posibilidad de aliviar parcialmente la lista de espera para RM abierta probablemente redunde en plazos diagnósticos más cortos y costes menores. El interés es mayor si se tiene en cuenta que se trató de una intervención sencilla, con un escaso tiempo de atención facultativa (unos 20 minutos) y que podría ser generalizable a amplias poblaciones clínicas.

Otros autores han descrito un uso exitoso de benzodiazepinas para prevenir los síntomas ansiosos durante la RM. Con un diseño parecido, Klein proponía la administración de 0,5 mg de alprazolam entre 60 y 30 minutos antes de la cita, y otros 0,5 mg ya en la sala de espera⁹. Con este protocolo, evaluado en 100 pacientes, se completaron todas las resonancias sin efectos adversos significativos. Otros autores han propuesto regímenes intranasales o intravenosos de benzodiazepinas de forma previa a la RM, con muy altas tasas de éxito^{7,8}. Hay que apuntar, no obstante, que las cohortes de dichos estudios eran de pacientes *a priori* sanos, que no habían manifestado ansiedad previamente.

Otros trabajos han notificado una alta correlación entre la presencia de claustrofobia y el desarrollo de ansiedad durante la RM¹¹. En el presente estudio, encontramos que este factor podría ser clave para determinar la idoneidad de repetir la RM cerrada. Los pacientes que cumplían criterios diagnósticos de claustrofobia rechazaban en mayor medida la posibilidad de reintentar la prueba y, de aceptarlo, tenían más probabilidades de no completarla.

Una mejor caracterización de los pacientes en los que se indica una RM permitiría un uso más eficiente de los recursos disponibles. Especial atención habría que prestar a pacientes claustrofóbicos. En ellos, podría ser recomendable evitar la experiencia consciente de la RM, no sólo por las altas tasas de fracaso, sino por evitar sufrimiento inherente a la experiencia claustrofóbica. Aunque en el presente

trabajo la claustrofobia se diagnosticó en entrevista clínica, existen escalas para su detección por sanitarios menos experimentados¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Törnqvist E, Månsson A, Larsson EM, Hallström I. It's like being in another world—patients' lived experience of magnetic resonance imaging. *J Clin Nurs*. 2006 Aug;15(8):954–61.
2. Dewey M, Schink T, Dewey CF. Claustrophobia during magnetic resonance imaging: cohort study in over 55,000 patients. *J Magn Reson Imaging*. 2007 Nov;26(5):1322–7.
3. Eshed I, Althoff CE, Hamm B, Hermann KG. Claustrophobia and premature termination of magnetic resonance imaging examinations. *J Magn Reson Imaging*. 2007 Aug;26(2):401–4.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Arlachov Y, Ganatra RH. Sedation/anaesthesia in paediatric radiology. *Br J Radiol*. 2012 Nov;85(1019):e1018–31.
6. Kannikeswaran N, Mahajan PV, Sethuraman U, Groebe A, Chen X. Sedation medication received and adverse events related to sedation for brain MRI in children with and without developmental disabilities. *Paediatr Anaesth*. 2009 Mar;19(3):250–6.
7. Avrahami E. Panic attacks during MR imaging: treatment with i.v. diazepam. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1990 Jul-Aug;11(4):833–5.
8. Hollenhorst J, Münte S, Friedrich L, Heine J, Leuwer M, Becker H, et al. Using intranasal midazolam spray to prevent claustrophobia induced by MR imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2001 Apr;176(4):865–8.
9. Klein DS. Prevention of claustrophobia induced by MR imaging: use of alprazolam. *AJR Am J Roentgenol*. 1991 Mar;156(3):633.
10. Calabrese M, Brizzi D, Carbonaro L, Chiamondia M, Kirchin MA, Sardanelli F. Contrast-enhanced breast MR imaging of claustrophobic or oversized patients using an open low-field magnet. *Radiol Med*. 2009 Mar;114(2):267–85.
11. McIsaac HK, Thordarson DS, Shafran R, Rachman S, Poole G. Claustrophobia and the magnetic resonance imaging procedure. *J Behav Med*. 1998 Jun;21(3):255–68.
12. Radomsky AS, Rachman S, Thordarson DS, McIsaac HK, Teachman BA. The Claustrophobia Questionnaire. *J Anxiety Disord*. 2001 Jul-Aug;15(4):287–97.