

ENTREVISTA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

TRASTORNO BIPOLAR
ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTA

Facilitación de la actividad narrativa del paciente:

Parafrasear

Reflejar empáticamente

Recapitular

Hacer preguntas abiertas

Hacer preguntas cerradas

Clarificar

Silencios



ENTREVISTA

Facilitación de narrativas alternativas:

Interpretar

Confrontar

Informar

Dar instrucciones



EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Apariencia externa:

Autocuidado

Actitud corporal

Expresión facial

Voz

Reacciones neurovegetativas

Características físicas



ENTREVISTA

Cuidar el entorno

Motivo de Consulta

Origen de la demanda

Acompañamiento

Enfermedad actual



EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Grado de Conciencia, Orientación, Atención, Colaboración, normoprosexia

Aspecto externo

Focalidad neurológica

Respeto de Límites

Contacto visual

Ansiedad psíquica

Inquietud psicomotriz

Ánimo/Afecto



EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Habla/Discurso

Apetito

Sueño

Formaciones psicóticas

Ideación auto/heterolítica

Alteración de la conducta

Apoyo sociofamiliar

Insight/Juicio de Realidad

Funcionalidad

Fiabilidad



ENTREVISTA TB

Entorno: seguro, cómodo y de confianza para el paciente, para reforzar la alianza terapéutica.

Motivo de Consulta.

Acompañamiento.

Enfermedad actual

El aumento de la actividad, de la energía y de la productividad puede no ser visto por el paciente como algo negativo, y no lo refiere al realizar la historia clínica. Suele ser conveniente por ello completar la anamnesis con la información que aporte un familiar. Puede ser necesario realizar algún cuestionario de screening o de detección sistemática

Datos de Filiación:

Procedencia

Prevalencia de TB I: 0,4-1,6% de la población general, igual para ambos sexos y entre grupos étnicos.

Episodios maníacos más frecuentes en hombre y episodios depresivos más frecuentes en mujeres.

Prevalencia del TB II: 0,5-1,9% de la población, siendo más prevalente en mujeres.

La edad de inicio varía entre la infancia y los 50 años, con una edad media de 22. Los jóvenes cursan más con síntomas psicóticos y cuadros maníacos, mientras que a partir de los 50 años, presentan con más frecuencia cuadros depresivos mayores con síntomas psicóticos.

ENTREVISTA TB

Antecedentes Somáticos Personales:

Los pacientes con TB presentan una morbilidad física y una mortalidad superiores a la población general.

En la revisión de los datos publicados se detectó un riesgo aumentado, entre estos pacientes, de presentar hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, enfermedades pulmonares, migraña e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

También se encontró evidencia de un aumento de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciones.

Por todo ello se recomienda evaluar y monitorizar la salud física de los pacientes bipolares.



ENTREVISTA TB

Antecedentes Psiquiátricos Personales:

Cuando ha existido una fase maníaca, en general se ha acompañado de hospitalización, y el paciente suele referirlo en la anamnesis.

Sin embargo, los síntomas hipomaniacos son menos graves, y a menudo no cursan con disfunción social o laboral significativas, ni motivan un ingreso.

Es necesario evaluar los episodios previos y los síntomas interepisódicos.

La tasa de suicidio oscila entre el 10 y el 20%. Los episodios mixtos son más proclives que la manía pura, ya que en ellos se combina la desesperanza de la depresión con la ansiedad, la disforia y la impulsividad. El riesgo de suicidio es mayor en los 5-10 años de evolución de la enfermedad. Las variables asociadas serían el subtipo diagnóstico (manías mixtas), la existencia de episodios depresivos graves, consumo de tóxicos, los antecedentes familiares de trastornos afectivos, edad de inicio, comorbilidad y antecedentes de conducta suicida.

Tratamiento: Medicaciones como los corticosteroides (especialmente a dosis altas), L-dopa, y prescripción de estimulantes (como metilfenidato) pueden causar síntomas de tipo maníaco. Los antidepresivos pueden causar viraje a manía en algunos pacientes y en aquellos predispuestos a TB. La cercanía en el tiempo al desarrollo de síntomas afectivos podría indicar si la medicación prescrita fue un precipitante.

ENTREVISTA TB

Antecedentes Psiquiátricos Personales:

La comorbilidad es la norma más que la excepción en el TB (71%).

Sin embargo, se debe tener cuidado siempre que se diagnostique una enfermedad comórbida. El diagnóstico se debería hacer solamente cuando los síntomas principales se presenten durante los períodos de eutimia o cuando los síntomas del TB se hayan manejado bien.

Las comorbilidades más frecuentes son el consumo excesivo de alcohol (33%) y el trastorno de personalidad (24%).

Aquellos que presentan comorbilidad tienden a tener una edad de inicio más temprana y más probabilidad de tener ciclos rápidos y sufrir una forma de enfermedad más severa y autolesiones que aquellos sin comorbilidad.

Existe el riesgo de sobrediagnosticar TLP a pacientes con formas leves de TB; trastorno por consumo de sustancias; trastorno de la conducta; TDAH; TOC (8-13% de los casos y que por lo general se presenta con anterioridad al TB); trastorno del control de impulsos (ámbito del control sexual y de la agresión, las parafilias y la ludopatía); TCA y trastorno de pánico.

ENTREVISTA TB

Antecedentes Familiares: Muy frecuente en el trastorno bipolar.

El TB es una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción de múltiples genes con el ambiente.

La tasa de concordancia en gemelos monocigotos sería del 70-90%, y para dicigotos del mismo sexo, del 16-35%.

Los cromosomas 18q y 22q son las dos regiones que cuentan con las evidencias más potentes de ligamiento. Otras localizaciones incluirían el cromosoma X, 21, 6 y 4.

Hábitos Tóxicos: sustancias, frecuencia de consumo, abuso/dependencia, abstinencia.

Las cifras de abuso o dependencia de drogas se sitúan en el 41%. Este abuso se ha relacionado con un peor pronóstico de la enfermedad.

El consumo de sustancias psicoactivas puede causar algunos síntomas; sin embargo, esto no descarta el trastorno bipolar afectivo. La drogadicción también puede ser un síntoma de trastorno bipolar.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Eventos estresores o traumáticos

El estrés es el principal desencadenante del primer episodio y da lugar a cambios permanentes en la biología del cerebro. La persona tendrá un riesgo elevado de presentar episodios posteriormente sin necesidad de un factor estresante.

Evaluación del entorno

Como en el conjunto de las enfermedades mentales, el curso del trastorno bipolar se ve directamente afectado por el contexto relacional. Se deberá conocer, para tomar adecuadamente las decisiones clínicas, quiénes son las principales figuras de apego del paciente y la extensión y densidad de su red socio-familiar. El conocimiento de este entorno social facilitará a su vez la comprensión de la vivencia subjetiva del paciente de la enfermedad.

EXPLORACIÓN PSICOP. TB

Grado normal de conciencia (normalmente), Buena orientación en las 3 esferas (tiempo/espacio/persona),

Colaborador?

Concentración: dificultad en depresión; distraibilidad fácil en manía.

Mantiene contacto visual.

Control de límites : difícil en manía, con control deficiente del temperamento, desinhibición, contestaciones cuando se les contradice, amenazas, gastos excesivos, consumo de sustancias, sobre todo alcohol...

Ánimo: deprimido en episodio depresivo; elevado, expansivo o irritable en manía; igual en hipomanía que en manía, pero más leve; combinación de síntomas en episodios mixtos; llanto y labilidad emocional en cuadro mixto.

Hedonia: disminuida en episodio depresivo;

Energía: anergia en episodio depresivo; incremento de energía en manía.

Ansiedad: en la manía se manifiesta como irritabilidad; en depresión, la ansiedad aparece hasta en el 90% de los sujetos.

Inquietud psicomotriz: puede existir en los episodios maníacos, con hiperactividad; retardo psicomotor generalizado en depresión, aunque a veces, y sobre todo en pacientes mayores, puede existir agitación; hiperactividad e inquietud psicomotriz en cuadro mixto.

Habla y discurso: verborrea y taquilalia en manía, y discurso a veces incoherente, con frecuente contenido en relación a temas políticos, religiosos o persecutorios que pueden evolucionar a sistemas delirantes complejos. Puede existir un tono alto; habla disminuida en tono y tasa, con discurso coherente normalmente en depresión; verborrea en episodio mixto.

EXPLORACIÓN PSICOP. TB

Pensamiento: taquipsiquia, asociaciones laxas y fuga de ideas con dificultad de reconducción en manía; bloqueo del pensamiento y pobreza del mismo en depresión; taquipsiquia en episodio mixto, pensamiento depresivo en cuadro mixto.

Formaciones psicóticas: a veces, tanto en manía (75%) como en depresión, normalmente congruentes. Delirios megalomaniacos o de grandeza en manía. En depresión, ideas delirantes congruentes serían las de culpa, ruina, hipocondría y pobreza. No se dan en la hipomanía; ideas delirantes de culpa en cuadro mixto.

Sueño: disminución de la necesidad de horas de sueño en manía; insomnio de despertar precoz en depresión. Insomnio global en episodio mixto.

Apetito: disminuido o aumentado en depresión; conducta impulsiva en manía.

Funcionalidad: baja por deterioro que produce la enfermedad, menos acusada en hipomanía.

Juicio de Realidad: alterado, con bajo o nulo insight.

Adherencia al tratamiento: mala

Impulsividad: aumento en manía, con sentido de convicción y propósito definido.

Heteroagresividad: se da en manía en el 75%.

Ideación suicida: Los pacientes deprimidos a menudo tienen una visión negativa del mundo y de sí mismos y presentan rumiaciones en torno a la culpa, suicidio, muerte.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (DD)

Hemograma

Bioquímica (Niveles de Litio, valproato, hormonas tiroideas, lúes, perfil hepático...)

VIH, VHC, Sífilis, mononucleosis

Coagulación

Sedimento de orina

Triaje a Tóxicos en orina

TAC

RMN

PET

EKG

EEG



DIAGNÓSTICO TB

No existen marcadores biológicos

CIE y DSM

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV perfilan criterios diagnósticos para el TB, sin embargo ambos criterios no son idénticos. Las diferencias cruciales se centran en el número de episodios requeridos para el diagnóstico y la distinción entre trastornos bipolares tipo I y tipo II. Según la CIE-10, un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar requiere la existencia de al menos dos episodios de alteración del humor, uno de los cuales debe ser maníaco o hipomaniaco.

A diferencia del DSM-IV un único episodio de manía no es suficiente para ser diagnosticado de TB hasta que presente otro episodio (de cualquier tipo). Los episodios pueden especificarse como hipomaniacos, maníacos sin síntomas psicóticos, maníacos con síntomas psicóticos, depresivos leves o moderados, depresión grave sin síntomas psicóticos, depresión grave con síntomas psicóticos, mixtos o en remisión. La CIE-10 no incluye el TB II como una entidad diagnóstica a parte.

DIAGNÓSTICO TB

Screening o cribado

- El Cuestionario de Trastornos del Humor (*Mood Disorder Questionnaire*, **MDQ**) es un formulario de detección que puede ayudar a identificar a los pacientes con trastornos bipolares. Está adaptado y validado al español. Es un inventario autoadministrado, breve, fácil de usar, que ha sido validado contra la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID). Ha demostrado buena sensibilidad y especificidad en población clínica; en muestras de población general, mientras que la especificidad permanece alta, la sensibilidad es más baja.
- El Listado de Síntomas de Hipomanía-32 (*Hypomania Symptom Checklist*, **HCL-32**) puede ser muy útil para la detección de TB y episodios previos de hipomanía. Comparado con el MDQ presenta mayor sensibilidad para la detección de TB. Puede ser útil para discriminar entre pacientes con TB II y pacientes con depresión unipolar y también entre TB II y controles.

Escala de Young para la evaluación de la manía

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg o **MADRS**

Escala de **Hamilton** para la depresión

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL TB

Trastorno depresivo unipolar frente a TBII. La característica diferencial es la hipomanía. Puede manifestarse: que el paciente tenga depresión mayor, cursando posteriormente con hipomanía, cambiando el diagnóstico a TBII; que el episodio de hipomanía sea previo y pase desapercibido; que los síntomas maniformes se interpreten como rasgos de personalidad; que se atribuyan a TDAH en niños y adolescentes. Hasta el 40% de los pacientes diagnosticados de trastorno unipolar fueron reclasificados a trastorno bipolar.

Esquizofrenia. El factor de confusión lo constituye la clínica psicótica. El diagnóstico diferencial dependerá de la fenomenología, los antecedentes familiares y la evolución.

Trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial se debe hacer considerando el funcionamiento premórbido, la edad de inicio y la secuencia de síntomas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL TB

Trastorno Límite de Personalidad. El trastorno bipolar presenta mayor estabilidad, no necesariamente es reactivo a acontecimientos vitales y responde mejor al tratamiento.

Consumo de sustancias (TB con consumo comórbido de tóxicos; consumo de sustancias que desencadena un cuadro bipolar orgánico; consumo de sustancias que provoca clínica similar a la del TB; TB enmascarado por el consumo de sustancias). Para aclarar el diagnóstico debe analizarse la secuencia temporal causa-efecto, determinar si la sintomatología se produce un estado de intoxicación o abstinencia y si son trastornos inducidos o independientes; sin olvidar la historia de antecedentes familiares.

Trastornos orgánicos. Se necesita identificar la etiología.

TRATAMIENTO TB

Estabilizador del ánimo

Antipsicóticos

Antidepresivos: controlar viraje a manía.

Ansiolíticos

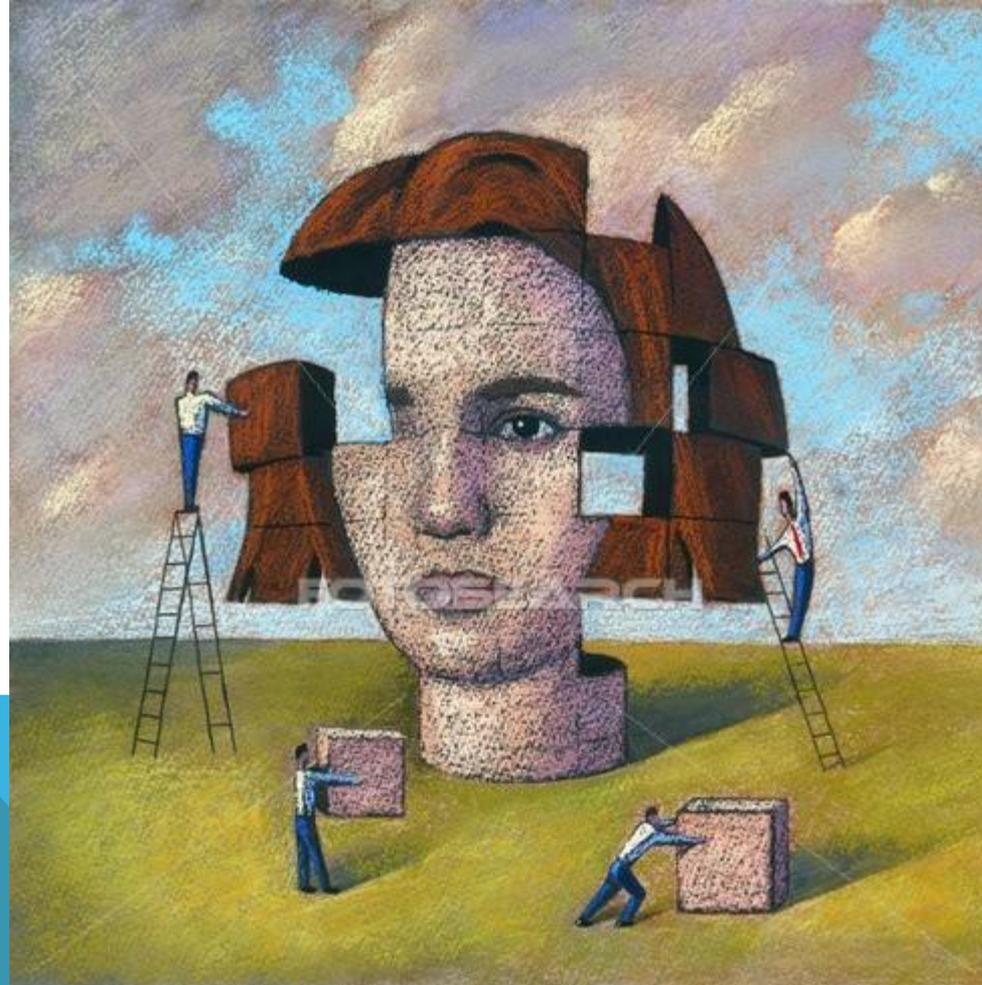
Se puede usar terapia electroconvulsiva (**TEC**) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar si no responde a los medicamentos.

La estimulación magnética transcraneal (**EMT**) usa pulsos magnéticos de alta frecuencia que están dirigidos a las áreas afectadas del cerebro. Casi siempre se utiliza después de la terapia electroconvulsiva.

NUESTRO PACIENTE VIRTUAL

Andrea Valdés, mujer de 32 años, que acude a su 1ª revisión un mes después de habersele diagnosticado un T. Bipolar tipo II en fase depresiva. Está siendo tratado con Quetiapina de Liberación Prolongada y Litio, que toma regularmente. Vuelve a la consulta con algo más de ánimo (la paciente pasa la escala MADRS y su puntuación muestra mejoría respecto a la primera visita). En una entrevista previa con los padres de la paciente refieren una mejoría de su estado con una disminución de los síntomas depresivos y más ánimo y apetito. Indican también una disminución de las discusiones y conflictos familiares. En vista de la mejora experimentada se decide mantener el tratamiento con ambas moléculas.

ESQUIZOFRENIA



ENTREVISTA ESQUIZOFRENIA

El entorno de la entrevista debe proporcionar seguridad al paciente. Debe ser un entorno tranquilo, sin exceso de estímulos.

Cuando un paciente delira suele ser traído por una tercera persona.

El terapeuta debe establecer alianza con una persona que no se considera necesitada de ayuda.

No convencer en un primer momento de lo irreal de sus afirmaciones, sino mantener una actitud neutra frente al delirio, sin confrontar abiertamente.

Mantener una actitud empática con el sufrimiento del paciente.

Conseguir que el paciente empiece aceptando nuestra ayuda sobre otro síntoma que no sea nuclear, como las dificultades para dormir o la angustia.



ENTREVISTA ESQUIZOFRENIA

Datos de Filiación:

La esquizofrenia es una enfermedad multifactorial en la que participan factores genéticos y ambientales.

La prevalencia es de 4,5 por 1000 habitantes. En la población general, el riesgo a lo largo de la vida de padecer esquizofrenia es del 1%.

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia e incluso en la infancia o al inicio de la edad adulta. La prevalencia en población general menor de 18 años es del 0,23%, con una ratio varón/mujer de 2:1.

Más frecuente en varones (1,4:1) y con una edad de inicio más precoz.

Las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves y se calcula que los pacientes constituyen un 10% de los que están en invalidez permanente. Se ha de recabar información sobre el funcionamiento premórbido que incluya la historia laboral, el máximo nivel laboral y/o académico alcanzado, el funcionamiento en el empleo, las relaciones significativas en el trabajo, y las dificultades específicas.

ENTREVISTA ESQUIZOFRENIA

Antecedentes Personales:

Nacimiento en meses de invierno

Urbanidad

Migración

Carga genética.

Retraso del desarrollo fetal.

Complicaciones obstétricas (parto prolongado, cesárea urgente, extracción instrumental, sufrimiento fetal, hipoxia connatal...).

Complicaciones del puerperio (puntuación baja en el test de Apgar, convulsiones neonatales, signos neurológicos anormales...).

Anomalías en el desarrollo infantil, como por ejemplo, en el desarrollo psicomotor.

Déficits nutricionales.

Problemas en el desarrollo del lenguaje y del aprendizaje.

El autismo no conlleva mayor frecuencia de esquizofrenia, pero niños autistas tendrían un inicio más temprano de la enfermedad.

Alteraciones morfológicas del SNC (neuroimagen). Traumatismo craneoencefálico.

Acontecimientos vitales estresantes (maltrato físico y/o psíquico, separación o fallecimiento de los progenitores).

Aislamiento social.

Habitos Tóxicos: Principalmente cannabis. Otros: Cocaína, Tabaco, Alcohol (alucinosis), LSD, anfetaminas, digital, esteroides, otras sustancias psicoactivas...

ENTREVISTA ESQUIZOFRENIA

Antecedentes psiquiátricos

Es importante valorar como mínimo estas cuatro circunstancias: episodios previos, peligrosidad para el paciente u otras personas, respuesta a tratamientos previos y uso anterior de sustancias.

Peor pronóstico:

- Personalidad premórbida esquizotípica, límite o antisocial.
 - Escasa adaptación premórbida (mayor aislamiento social).
 - Hostilidad infantil hacia la figura materna: desapego o indiferencia.
 - Déficits intelectuales con mal ajuste con iguales.
 - Elevadas puntuaciones en escala de psicoticismo.
 - Inicio precoz, insidioso y síntomas negativos.
 - Subtipo indiferenciado y desorganizado.
- 

ENTREVISTA ESQUIZOFRENIA

Antecedentes Familiares:

Genograma

Complicaciones del embarazo –infecciones maternas (influenza, rubeola, toxoplasma), malnutrición grave, hemorragias, preeclampsia, acontecimientos severos adversos, incompatibilidad Rh, ...

Edad del padre superior a 35 años.

Riesgo de padecer esquizofrenia a lo largo de la vida según el grado de parentesco con el paciente esq.:

Gemelos monocigóticos: 40-48%; Gemelos dicigotos: 10-17%

Hermano: 10%; Progenitor: 6-13%

Tío/a: 2%; Sobrino/a: 4%; Nieto: 5%; Primo: 2%

Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar

Es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón de relaciones es importante para establecer un plan terapéutico. Es fundamental la evaluación de los factores de relaciones sociales y familiares que pueden actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad así como los que pueden actuar como factores de protección.

EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA

Aspecto externo: descuidado. Facies inexpresiva, rígida.

Colaboración: difícil.

Conciencia: normal **Orientación en las 3 esferas (tiempo/espacio/persona).**

Concentración: difícil .

Atención: déficit.

Memoria; Déficit de la memoria de trabajo. Alteraciones de las funciones ejecutivas de planificación y abstracción.

Valorar cociente intelectual.

Alteraciones motoras: estereotipias, manierismos, ecopraxia, obediencia automática, flexibilidad cérea, mutismo, negativismo. Agitación. Inquietud psicomotriz.

Contacto visual : difícil (voces, alucinaciones). **Dificultad en control de límites.**

Ansiedad: Aumento de ansiedad basal psíquica. Irritabilidad. Angustia psicótica, tensión psicótica, trémor, inquietud psicomotriz (DD acatisia, síntoma extrapiramidal, parkinsonismo).

Afecto: plano/inapropiado/embotamiento afectivo/alteraciones del humor. Risas “inmotivadas” (motivadas por los delirios o alucinaciones).

Habla: Soliloquios. Mutismo. **Discurso:** Latencia en las respuestas. Tangencial, incoherente, circunstancial.

EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA

Alteración del sueño. Dificultad para dormir. Duerme poco o demasiado.

Alteraciones sensorio-perceptivas: principalmente alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, gustativas, olfatorias.

Alteraciones del pensamiento: Pensamiento desordenado/distorsión del pensamiento. Bradipsiquia (vs orgánico.).

-Del contenido: delirios, pobreza.

-De la forma: circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones laxas, incoherencia, ecolalia, bloqueos, perseveraciones.

Conducta:

Comportamientos extraños. Conducta desorganizada. Actos inmotivados.

Apatía, anergia, abulia.

Aislamiento social.

Apetito: a veces disminuido (puede aumentar con los antipsicóticos).

Funcionalidad : baja (deterioro). Disminución de la capacidad de autocuidado.

Adherencia al tratamiento: Dificil, por nula conciencia de enfermedad, efectos secundarios de la medicación...

Juicio de Realidad : alterado. Nulo insight.

Fiabilidad: escasa (anamnesis familiar).

Ideación suicida. Riesgo de auto/heteroagresividad.

Valorar soporte familiar.

EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA: SÍNTOMAS POSITIVOS

De “novo”. No presentes en la experiencia normal. Productivos (psicóticos/activos). De curso breve, agudo. Fáciles de identificar y valorar. Podemos ayudarnos para detectarlos de las escalas BPRS, PSE, SADS...

Alucinaciones: auditivas (las más frecuentes en esquizofrenia), táctiles, visuales(DD organicidad), gustativas y olfativas.

Delirio: El confrontarlo produce desesperanza que puede llegar a producir intentos de suicidio. Tipos de delirio: persecución (frecuente), de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia.

Trastornos del pensamiento: Relatan que han perdido control sobre sus pensamientos. Que le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas (Eco, robo, inserción).

Trastornos del lenguaje: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad.

Trastornos de los sentimientos: angustia, excitabilidad

Trastornos vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastro-intestinales, trastornos respiratorios.

Trastornos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA: SÍNTOMAS NEGATIVOS

Aparecen antes de las alucinaciones y los delirios y perduran después de un brote crítico.

Es lo que el paciente deja de hacer, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día. Se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento. Denota apatía, falta de energía, falta de placer, insociabilidad, etc. Denota pérdida de función psicológica normal. Se trata de síntomas deficitarios, residuales, crónicos, estables en el tiempo y difíciles de valorar. Para detectarlos podemos usar las escalas PANSS, SANS, NSA-16...

Los síntomas negativos afectan todos los ámbitos: social, laboral y familiar. Pueden quedarse después de desaparecer los positivos como en la fase residual de la enfermedad. Sin embargo, una tercera parte de los enfermos no tienen estos impedimentos o síntomas, o muy leves.

Pobreza afectiva: Empobrecimiento de emociones y sentimientos. Expresión facial inmutable.

Incongruencia afectiva: **Afecto inapropiado. Ríe o sonríe con temas serios o graves. Muestra una risa tonta, Hay ausencia de inflexiones vocales; el habla tiene una calidad monótona sin enfatizar las palabras importantes.**

Movimientos espontáneos disminuidos. **No usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado. Escaso contacto visual, mirada extraviada.**

Alogia: **Empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Pobreza del lenguaje espontáneo, respuestas breves y casi sin información adicional. Pobreza del contenido del lenguaje, es vago repetitivo y estereotipado. Bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. No puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir. Latencia de respuesta: tarda más tiempo en responder a la pregunta.**

Abulia –Apatía: **Falta de energía, de impulso, de interés. Es crónica y no se acompaña de afecto triste. Hay problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea; sentimiento de cansancio, lentitud; propensión al agotamiento físico y mental.**

Anhedonia – insociabilidad: **Dificultad para experimentar interés o placer por las cosas normalmente placenteras. Sin pasatiempos o interés sexual. Incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas.**

Problemas cognitivos de la atención: **Concentración alterada. Se distrae en medio de una actividad o conversación, se le va la mirada, le interesa poco el tema.**

EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA: CLÍNICA POR SUBTIPOS

Los síntomas pueden variar dependiendo del tipo de esquizofrenia que usted tenga.

Los síntomas de esquizofrenia paranoide pueden ser:

Ansioso.

Enfadado o discutidor.

Creencias falsas de que otros están tratando de hacerles daño a ellos o a sus seres queridos.

Los síntomas de la esquizofrenia desorganizada pueden abarcar:

Problemas para pensar y expresar ideas claramente.

Comportamiento infantil.

Mostrar poca emoción.



EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA: CLÍNICA POR SUBTIPOS

Los síntomas de esquizofrenia catatónica pueden abarcar:

Falta de actividad.

Los músculos y la postura pueden ser rígidos.

Muecas o tener otras expresiones faciales extrañas.

No reaccionar mucho hacia otras personas.

Los síntomas de la esquizofrenia indiferenciada pueden abarcar los síntomas de más de otro tipo de esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia residual experimentan algunos síntomas, pero no tantos como los que están en un episodio verdadero de esquizofrenia.

EXPLORACIÓN PSICOP. ESQUIZOFRENIA: CLÍNICA SEGÚN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

Puede presentarse como un episodio psicótico único, o mantenerse por tiempo prolongado o repetirse en el curso del tiempo.

Fase prodrómica: Manifestaciones antes de la enfermedad, a veces en la niñez. Experiencias perceptivas poco comunes. Menor capacidad de concentración. Falta de iniciativa y motivación. Afectividad aplanada, inapropiada. Bajo estado de ánimo. Aislamiento-retraimiento social. Trastornos del sueño. Ansiedad, irritabilidad. Desconfianza, suspicacia. Conducta peculiar. Deterioro en el cuidado y funcionamiento previos.

Fase activa: Son llamados brotes o crisis. Los síntomas son de tipo positivo. La familia entonces busca ayuda. Pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días, o muy lentamente y de forma desapercibida. La duración varía desde unas semanas hasta un año o más. Los intervalos entre brotes oscilan entre meses y varios años.

Fase residual: Los síntomas negativos llegan a su máximo y el deterioro personal, social y laboral puede ser grave.

Evolución. Teoría de los tres tercios: 1/3 se recupera, 1/3 tiene limitaciones después de un brote, 1/3 cursa grave la enfermedad y no puede vivir de forma autónoma.

DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA

Cuanto antes se realice y antes se instaure tratamiento, mejor pronóstico.

Los síntomas son menos específicos en la infancia, con lo que dificulta el diagnóstico.

Entrevista clínica. No existen síntomas patognomónicos.

Criterios DSM y CIE.

Modelo de síntomas positivos y negativos. PANSS (escala de síntomas positivos y negativos).

Modelos históricos: Schneider (síndrome psicótico. Alucinaciones y delirios como síntomas de primer rango). Bleuler (síndrome desorganizado. Alteraciones formales del pensamiento. Afecto inapropiado. Comportamiento bizarro). Kraepelin (síndrome negativo. Aplanamiento afectivo. Alogia. Abulia).

Modelo dimensional: aportan una visión integral de la psicopatología. Es complementario al modelo categorial y más realista que éste, capturando más información y teniendo en cuenta los casos atípicos.

Exploración física y neurológica.

Pruebas complementarias: analítica de sangre y orina, triaje, EEG, TAC/RMN, PET, EKG, ctes, peso y talla.

No existen marcadores biológicos.

DD ESQUIZOFRENIA

Se ha de realizar un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia con otros cuadros psíquicos, con cuadros orgánicos, así como con cuadros tóxicos.

Delirium: historia, exploración neurológica (alt. Conciencia), pruebas físicas y de laboratorio.

Consumo de sustancias: historia, pruebas físicas y de laboratorio. Triage. Alt. Conciencia.

Trastorno de ánimo con síntomas psicóticos: los síntomas psicóticos se producen SOLO durante los períodos de alteración del estado de ánimo.

Trastorno por ideas delirantes persistentes: no existe componente alucinatorio o desorganizado, o lo hacen de forma puntual y larvada.

Trastorno esquizofreniforme: duración mayor de un mes y menor de seis meses.

Trastorno psicótico breve: duración mayor de un día y menos de un mes.

Trastorno generalizados del desarrollo: inicio en menores de 5 años.



DD ESQUIZOFRENIA

El diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos debería llevarse a cabo con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica; encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente (RMN, TAC, PET, EEG); y demencia (Minimental, Examen cognostivo de Lobo).

Con alteración del nivel de conciencia: trastorno orgánico: delirium, epilepsia, consumo de sustancias.

Sin alteración del nivel de conciencia:

-Con foco causal explicativo: psicosis reactiva.

-Sin foco causal explicativo:

-Con ánimo exaltado o deprimido: depresión/manía

-Sin alteración del ánimo: Trastorno por ideas delirantes. Trastorno esquizofreniforme. Trastorno psicótico breve.

COMORBILIDAD ESQUIZOFRENIA

Los síntomas de **otros trastornos mentales**, especialmente la depresión, pero también los síntomas obsesivos y compulsivos, las preocupaciones somáticas, los síntomas disociativos y otros síntomas de ansiedad o del estado de ánimo, pueden darse también junto con la esquizofrenia. Tanto si se trata de síntomas como si son trastornos asociados a la enfermedad, estas manifestaciones pueden agravar el pronóstico de manera notable y, a menudo, requieren que se les preste una atención y una planificación terapéutica específicas.

Junto con los trastornos médicos generales, el trastorno asociado más frecuente parece ser el de **consumo de sustancias**, en especial el uso del alcohol y estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, la nicotina, el cannabis, la fenciclidina (PCP) y el LSD.



COMORBILIDAD ESQUIZOFRENIA

Debe valorarse el estado general, así como la función cardíaca, las medicaciones y otros tratamientos que el paciente recibe.

Los **cuadros médicos** concomitantes más frecuentes y factores de riesgo que deben ser evaluados y tratados son los siguientes: obesidad, conductas de riesgo por VIH, hábito tabáquico e hipertensión.

En función de las circunstancias particulares de cada caso, hay que considerar la evaluación de complicaciones médicas o uso de sustancias, diabetes y problemas cardiovasculares. Si es necesario, deberá consultarse con el médico general.

En un paciente que presenta una primera crisis, se recomienda pedir pruebas de laboratorio: análisis de laboratorio básicos para hacer diagnósticos diferenciales con otros trastornos que puedan parecer una esquizofrenia, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.

En función de las circunstancias de cada paciente, deben considerarse también las siguientes pruebas complementarias: test del embarazo, electrocardiograma, tomografía computadorizada (TC) o resonancia magnética (RM), electroencefalograma, estudios neuropsicológicos y psicometría general.

DECISIÓN TRAS ENTREVISTA ESQUIZOFRENIA

Hospitalización total: suele estar indicada para los pacientes que se considera que plantean una amenaza grave de daño contra sí mismos o contra otras personas, o que presentan una desorganización tan intensa o sufren tal influencia de delirios o alucinaciones que no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan una supervisión constante. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario según las normas legales.

Otras indicaciones para la hospitalización son los problemas médicos generales o psiquiátricos que hacen considerar que el tratamiento ambulatorio no sería seguro o resultaría ineficaz.

- **Hospitalización parcial (hospital de día):** puede utilizarse como alternativa inmediata a la asistencia intrahospitalaria para los pacientes con psicosis agudas que se considera que no son una amenaza para sí mismos o para otros. También puede ser una alternativa para la fase de estabilización (o postcrisis) después o no de un ingreso hospitalario.
- Tratamiento ambulatorio desde un centro de salud mental (**USMC**): para aquellos pacientes que puedan beneficiarse de la oferta terapéutica desde los USMC y que no sea indicada su hospitalización. Requerirán de una buena articulación y coordinación de los profesionales y servicios que han de intervenir en su plan terapéutico individualizado.
- Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la **comunidad:** dirigidas a aquellos pacientes desvinculados de los servicios asistenciales o con dificultades para una continuidad de cuidados.

FACTORES A CONSIDERAR EN LA ELECCIÓN DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN EN ESQUIZOFRENIA

- Riesgo de agresión hacia sí mismo u otros
 - Capacidad de autocuidado
 - Necesidad de determinados tipos de tratamiento
 - Accesibilidad a apoyos y recursos sociales en la comunidad
 - Preferencias del paciente y la familia
 - Necesidad de hospitalización involuntaria
- 

TRATAMIENTO ESQUIZOFRENIA

Fase aguda: 2-3 semanas con antipsicótico típico o atípico (risperidona), y añadir benzodiazepina si ansiedad. Si respuesta parcial, incrementar dosis; si efecto secundario, suspender; si no hay respuesta, cambiar o plantear Clozapina o TEC (catatonía, embarazo, intolerancia, falta de respuesta).

Fase de mantenimiento:

- Tto farmacológico: si mala adherencia plantear inyectables de acción prolongada. Evaluar efectos secundarios. Valorar tto concomitante si síntomas cognitivos, afectivos...
- Plantear TEC
- Terapias psicosociales y Rehabilitación

TEC



DEFINICIÓN TEC

La terapia electroconvulsiva (TEC) según Max Fink: “consiste en la inducción por medio de la electricidad de unas crisis de gran mal controlada, para conseguir un cambio en el estado mental alterado de ciertos pacientes”.

Los **aspectos terapéuticos** de la misma **dependen de la crisis comicial generalizada** y no de los mecanismos empleados para producirla (en este caso, la electricidad).

Actualmente se utilizan aparatos que mediante dos electrodos emiten una serie de pulsos eléctricos breves que provocan una crisis generalizada de **menos de un minuto** de duración, sin una convulsión muscular periférica asociada, dado que se realiza bajo **anestesia general y relajantes musculares**.

Todo el proceso se realiza bajo **monitorización de las constantes vitales** básicas así como el registro de nivel de saturación de oxígeno, ECG y EEG. El paciente se recupera a los cinco o diez minutos como en toda cirugía menor.

HISTORIA TEC

Shock cardiazólico. En 1934, Von Meduna trató a su primer paciente en aceite de alcanfor intramuscular, un paciente catatónico. Dado que pasaba bastante tiempo antes de la convulsión y el paciente se angustiaba, reemplazó el alcanfor por Cardiazol, que inducía las convulsiones mucho más rápidamente, con mejorías en el 91% de esquizofrénicos.

1938, Cerletti y Bini: corriente eléctrica (TEC) .

Fink: "Revisiones que culminan en el National Institute of Health Consensus Conference Statement de 1985, permiten afirmar con toda seguridad que existe un uso válido para este tratamiento".

La introducción de psicotropos en los años 50 y las actitudes antiautoritarias de los 60, producen una retracción en el empleo de la TEC. Sin embargo, la aparición de pacientes resistentes a la farmacoterapia, cuando no de efectos adversos, determinó, a finales de los años 70, la reintroducción.

HISTORIA TEC

LA ELECTRICIDAD COMO TRATAMIENTO

El uso terapéutico de la electricidad se remonta al año 46, documentada por Scribonius Largus, quien describe el uso de la descarga eléctrica del pez torpedo para el tratamiento de las cefaleas.

En 1755 LeRoy utiliza un tratamiento electroconvulsivo en un caso de ceguera psicógena.

En el siglo XVIII, se administraban shocks ligeros para el tratamiento de la epilepsia y la histeria.

En el siglo XIX se habían notificado buenos resultados en retraso mental, apatía y depresión.

Aldini, en 1804 utilizó corriente galvánica para el tratamiento de la melancolía.

Charcot utilizó corrientes eléctricas de bajo voltaje para el tratamiento de la histeria.

En el siglo XIX se utilizaba un generador electromagnético para aliviar el dolor.

HISTORIA TEC

Sakel, en 1927, usa insulina en toxicómanos como sedativo y orexígeno. La inducción reiterada de estados de hipoglucemia con coma y convulsiones tenían un efecto favorable en trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. Stech había utilizado la insulina en estados catatónicos agitados con buenos resultados.

Cerletti estudió el uso de la electricidad en el matadero de Roma. Observó que los electrodos los colocaban en las orejas de los cerdos y que el paso de la corriente no causaba la muerte del animal, sino una pérdida de conciencia tras la cual era sacrificado. A continuación, probaron la colocación de los electrodos en las distintas partes del cuerpo, observando que la muerte se producía cuando la corriente pasaba a través del corazón.

HISTORIA TEC

EL PRIMER TRATAMIENTO CON ELECTROSHOCK

El 18 de abril de 1938 se administró el primer electroshock a un paciente diagnosticado de síndrome esquizofrénico.

Una primera administración de 70 V durante 0.1 seg indujo una crisis epiléptica con pérdida de conciencia. Se administró una segunda descarga de 110 V y 0.5 seg. El paciente presentó una crisis epiléptica típica de gran mal. Recibió 11 tratamientos completos y 3 incompletos durante 2 meses, tras los cuales fue dado de alta con una remisión completa de la sintomatología.

Las ventajas principales sobre el Cardiazol eran la amnesia de la experiencia, la ausencia de hiperexcitabilidad tras el ataque que aparecía con el Cardiazol, el mayor tiempo de sueño que inducía y la posibilidad de repetir el tratamiento unos minutos después si este había sido subconvulsivante.

Cerletti había observado que el efecto terapéutico estaba en relación con la aparición de convulsiones y no con el paso de la corriente eléctrica. Opinaba que las convulsiones llevaban al paciente a un estado de alarma próximo a la muerte, lo que ocasionaba la partición de unas defensas biológicas en el cerebro que denominó "acroagoninas", las cuales, conducían a un aumento de las capacidades adaptativas y a la recuperación terapéutica.

HISTORIA TEC

DIFUSIÓN DE LA TEC EN ESPAÑA

El Dr. Luis Vela del Campo, director el Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios de Palencia, utilizaba en 1936 las técnicas de von Meduna con Cardiazol y el coma insulínico de Sakel. En 1942, sustituyó estos tratamientos por electroshock al adquirir un convulsador de la casa Siemens.

Sin embargo, fue el Dr. Alfredo Prieto Vidal, director del Hospital Psiquiátrico San Luis de Valencia, quien en 1940, practica el primer electroshock en España.

La utilización de la TEC ha sido avalada con numerosos estudios. Uno de los más relevantes fue el que organizó el Medical Research Council, realizado en depresivos, que comparaba la eficacia de la TEC, la imipramina, la fenelcina y el placebo. La TEC fue el tratamiento con mayor porcentaje de mejorías (84%), seguido de la imipramina (72%), el placebo (45%) y la fenelcina (38%).

HISTORIA TEC

AVANCES Y MODIFICACIONES DE LA TEC

Las contracciones musculares causaban luxaciones y fracturas, sobre todo aplastamiento de los cuerpos vertebrales y fracturas del cuello del fémur y del húmero. En 1940, Bennet propone utilizar el curare como relajante muscular, que se administraba sin anestésico, lo que ocasionaba la sensación de parálisis respiratoria. En 1951, se introdujo la succinilcolina con una administración previa de un anestésico (barbitúrico).

Otro de los problemas eran los trastornos cognitivos, síndromes confusionales y trastornos amnésicos. Friedman y Wilcox, en 1942, intentaron reducir la cantidad de electricidad e hicieron que la corriente fuera unidireccional. Hallaron que los trastornos de memoria disminuían. Liberson halló que la administración de la corriente por pulsos reduce considerablemente los problemas amnésicos.

Ulett, en 1956, en el contexto de un ensayo clínico en pacientes con depresión y algunos con esquizofrenia, utilizan la fotoconvulsión (o fotoshock) que consistía en la administración intravenosa de una dosis subconvulsiva de hexitol a la que se asociaba una estimulación luminosa. Los resultados muestran una eficacia de la TEC superior. La mayoría de las variaciones propuestas no han tenido éxito.

Si bien la indicación inicial era el tratamiento de la esquizofrenia, en 1954, Jarvie señaló su indicación para la depresión.

A pesar de las críticas que la TEC ha recibido y los mitos que se han creado a su alrededor, como señala Vallejo “la única forma posible de desmentir esas creencias es analizar los aspectos más sobresalientes de la crítica desde un punto de vista científico que deje al margen actitudes pasionales e ideológicas”.

USOS CLÍNICOS TEC

Las indicaciones se han definido mediante **ensayos aleatorizados y controlados** en los que se comparaba con alternativas terapéuticas, y con modificaciones en la técnica.

La decisión de recomendar el uso de la TEC se deriva de un **análisis del riesgo-beneficio** para cada paciente en particular y del **diagnóstico**, los **síntomas**, la **historia clínica**, las opciones **alternativas** y la **preferencia** del paciente.

No hay ningún dato que indique el uso automático de la TEC; **en la mayoría de los casos, se utiliza tras el fracaso terapéutico con fármacos**, aunque existen criterios específicos para su uso como tratamiento de primera línea.

La práctica real en España está condicionada por otros parámetros, como son la **actitud y entrenamiento de los profesionales**, así como la **disponibilidad de los propios aparatos de TEC**.

USOS CLÍNICOS TEC

USO PRIMARIO DE LA TEC

Situaciones en las que puede utilizarse antes de medicación psicotrópica:

- Necesidad de respuesta rápida debido a la gravedad.
- Cuando los riesgos de otros tratamientos superan los riesgo de la TEC.
- Mala respuesta a la medicación o buena respuesta a la TEC en episodios previos.
- La preferencia del paciente.

USO SECUNDARIO DE LA TEC (uso primario con medicación)

- Resistencia al tratamiento, intolerancia o efectos adversos.
- El deterioro del estado psiquiátrico o médico del paciente, que genera la necesidad de una respuesta rápida y definitiva.

USOS CLÍNICOS TEC

DEPRESIÓN

Principal indicación. Muy efectiva (respuesta mayor del 80%) en la depresión delirante.

A mayor gravedad, mejor respuesta.

La endogenicidad es el predictor más significativo (despertar precoz, disminución de peso, inhibición, estupor, ideación suicida, comienzo brusco y duración inferior a un año, etc.).

En depresiones resistentes al tratamiento, la eficacia terapéutica es del 50%.

La TEC estaría también indicada cuando estén contraindicados los antidepresivos, en el embarazo, en situaciones somáticas que requieran respuesta inmediata, en pacientes seniles y con pseudodemencia depresiva (mejor tolerado y más eficaz).

El índice de recaídas a los 6 meses es del 18-46% , por lo que es fundamental un tratamiento de mantenimiento.

USOS CLÍNICOS TEC

ESQUIZOFRENIA

Supone un uso del 10-20% de la TEC.

Indicaciones primarias:

- Agitación
- Estupor catatónico
- Episodios agudos con gran desorganización.

Indicadores de eficacia:

- Menor duración del cuadro.
- Agudeza del proceso.
- Componente afectivo (depresiones secundarias, trastornos esquizoafectivos).

Otras indicaciones: intolerancia o falta de respuesta a los antipsicóticos, Síndrome Neuroléptico Maligno y trastornos inducidos por drogas.

USOS CLÍNICOS TEC

MANÍA

Supone un uso del 2-3% de la TEC.

La gravedad del cuadro sigue siendo la principal indicación de uso.

Efectividad menor que en la depresión endógena,

Iguala al litio y lo supera en rapidez de acción.

Indicadores de buena respuesta:

-Agitación psicomotriz.

-Síntomas afectivos mixtos.

Buena alternativa si se requieren altas dosis de psicofármacos y contención mecánica prolongada (dada la rapidez de acción de la TEC).

Otras indicaciones: embarazo, resistencia de fármacos, necesidad de rápida respuesta.

USOS CLÍNICOS TEC

TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA

Estados afectivos y psicóticos secundarios con síntomas similares a los cuadros psiquiátricos primarios.

Delirium de diversas etiologías, incluso de origen tóxico y metabólico.

TRASTORNOS MÉDICOS

Catatonía

Síndrome Neuroléptico Maligno

Enfermedad de Parkinson: mejoran los síntomas depresivos y motores a corto plazo. Indicado en pacientes resistentes al tratamiento farmacológico, con fenómenos on-off y clínica invalidante.

Epilepsia refractaria, porque la TEC aumenta el umbral convulsivógeno de un 25 a un 200%.



Contraindicaciones de la TEC

No existe ninguna enfermedad que sea una contraindicación absoluta para la TEC.

Patologías que requieren valoración:

· ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Las lesiones ocupantes de espacio y la hipertensión endocraneal: usar terapia con corticoesteroides (dexametasona 40 mg/día). Control de la PIC.

Traumatismo craneoencefálico: retrasar seis meses la terapia.

Síndromes demenciales: empeoramiento del estado cognitivo, con mejoría tras seis u ocho semanas de la TEC. Utilizar técnica unilateral, dos sesiones por semana, pulsos breves y la menos cantidad de energía eficaz.

Accidentes vasculares: esperar hasta que se estabilice el paciente (el riesgo es muy alto en los diez primeros días).

Aneurismas cerebrales: monitorizar TA. Fármacos antihipertensivos (hidralazina, nitroprusiato).

Enfermedades de la placa motora

Contraindicaciones de la TEC

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Interconsulta a cardiología.

Infarto de miocardio o cardiopatía isquémica descompensada: mayor riesgo en los diez primeros días. Este desaparece a partir de los tres meses. Oxigenación al 100% con presión positiva durante y después de la convulsión, y tratamiento previo con vasodilatadores y betabloqueantes adrenérgicos.

Taquiarritmias al final de la convulsión: prevenir con betabloqueantes y lidocaína, aunque esta última dificulta la aparición de la crisis comicial.

Marcapasos: aislar de tierra y evitar su contacto. Se aconseja pasar el marcapasos a demanda a modo fijo.

Aneurisma: completa relajación muscular durante el tratamiento. Si riesgo elevado (**aneurisma disecante de aorta**) se puede realizar la técnica en UCI.

Enfermedades tromboembólicas: heparinización seis horas antes de la TEC.

Otras patologías a tener en cuenta

Enfermedades pulmonares. hipoxemia y laringoespasma.

Glaucoma agudo de ángulo cerrado: los relajantes musculares aumentan la tensión intraocular.

Feocromocitoma: monitorizar TA. Betabloquantes o alfaadrenérgicos para evitar las crisis hipertensivas.

Hiperkaliemia: utilizar como relajantes musculares tipo curarizantes como el antracurium en vez de la succinilcolina, que produce liberación de potasio.

Otros: **Embarazos de riesgo, hipertiroidismo, porfirias, osteoporosis grave, desprendimiento de retina y retraso mental.**

Los pacientes con riesgo mayor de 3 en la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología deben ser vigilados durante todo el proceso.

Efectos secundarios de la TEC

Poco frecuentes y evitables

Mortalidad baja: 2 de cada 100.000 tratamientos.

Etiología más frecuente **complicaciones cardiovasculares** durante la anestesia o inmediatamente posterior: patología previa, convulsiones prolongadas y tardías, oxigenación inadecuada y fármacos (teofilina, neurolépticos a altas dosis, litio). Necesario monitorizar.

· **CONFUSIÓN MENTAL Y CEFALEA**

inmediatos.

Confusión: duración de minutos a horas (según tipo de energía y onda utilizada -mayor en ondas sinusoidales que el las de pulso breve-, frecuencia, duración de la crisis y fármacos concomitantes),

Se puede minimizar modificando estos parámetros. Responde al midazolam i.v.

Cefalea: mejora con analgésicos comunes.

Efectos secundarios de la TEC

CONVULSIONES PROLONGADAS Y TARDÍAS

Prolongadas: dura más de 180 segundos tras la aplicación del impulso eléctrico. Se objetiva en el registro EEG Tener en cuenta los fármacos y su influencia en el umbral convulsivo. Tratar con diazepam i.v. en bolo, o tiopental.

Tardías: los fármacos usados concomitantemente son los responsables de esta complicación.

ARRITMIAS

Benignas y transitorias.

Graves en patología cardíaca previa y tratados con c fármacos arritmogénicos (anticolinérgicos, hipotensores, xantinas). Prevenir con monitorización.

EUFORIA

Diferenciar la manía puramente orgánica relacionada con el cuadro confusional postconvulsivo y limitado por tanto a este, de la verdadera manía relacionada con un trastorno bipolar. La frecuencia de esta última es muy baja y no está establecido que requiera la supresión del tratamiento.

Efectos secundarios de la TEC

ALTERACIONES DE LA MEMORIA Y COGNICIÓN

Factores de riesgo: daño cerebral previo, tipo de corriente (sinusoidal, de elevada intensidad, localización bilateral de los electrodos, frecuencia diaria de su aplicación), mala oxigenación durante el proceso y fármacos concomitantes (litio, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, elevadas dosis de anestesia).

Prevención: técnica cuidadosa y atención a los factores de riesgo.

Curso: se limitan a acontecimientos biográficos circunscritos a los días de tratamiento. No se extiende a la adquisición de nuevos conocimientos ni a la memoria tardía.

Duración: Transitorios. Desde una semana hasta nueve meses.

Microolvidos permanentes: poco frecuentes, no incapacitantes, relacionados con déficits previos.

Mejoría de los trastornos cognitivos: pseudodemencia, depresiones graves y algunos cuadros psicóticos.

Poblaciones especiales en la TEC

PACIENTE EMBARAZADA

Muy segura en segundo y tercer trimestre y probablemente seguro en el primer trimestre (faltan ensayos clínicos al respecto). No se ha detectado hipoxia fetal, aumento de riesgo en el parto, ni alteraciones en el desarrollo fetal ni en el crecimiento posterior de recién nacidos.

PACIENTE ANCIANO

Elevada eficacia.

Primera elección en la depresión endógena.

Mejor tolerancia que la mayoría de los psicofármacos.

Evaluación previa de enfermedades concomitantes y de los tratamientos que esté recibiendo, así como posterior monitorización de las funciones cognitivas.

Elevado umbral convulsivo, por lo que aumentar la intensidad de los estímulos, sustituir el anestésico habitual por otro que disminuya el umbral, utilizar electrodos de forma unipolar y espaciar la frecuencia de la aplicación de la técnica a dos por semana.

PACIENTE INFANTO JUVENIL

Uso excepcional. No hay estudios al respecto. Indicaciones iguales que en adultos. Umbral convulsivo disminuido, por lo que suelen requerir una relativa menor estimulación eléctrica en la descarga.

PROCEDIMIENTO PARA LA TEC

Historia clínica psiquiátrica completa

Consentimiento informado

Historial farmacológico

Protocolo de exploraciones complementarias

- Exploración física
- Bioquímica , hemograma y coagulación
- Rx tx
- EKG
- TAC

Valoración preanestésica: interconsulta al servicio de anestesiología.

Valoración por el anestesista que cumplimenta el consentimiento informado específico para la anestesia.

El procedimiento se realizaría estando el paciente ingresado en la UHSM

Anestesia y premedicación en la TEC

*Se prefiere que la inducción de la anestesia sea lo más **breve y superficial** posible para así evitar las apneas prolongadas, las complicaciones cardiovasculares, la amnesia posterior prolongada, el aumento del umbral convulsivo y la disminución de la duración de la crisis.*

Habitualmente se utiliza **tiopental** (a la dosis más baja posible).

El **etomidato** se utiliza en pacientes con el umbral convulsivo elevado (ancianos, no respondedores al tiopental, etc.). Provoca descenso de la presión Intracraneal. Tiene la desventaja de deprimir la función suprarrenal y producir movimientos anormales asociados a su uso.

El **propofol**, aparte del dolor local que se produce tras su inyección, aumenta el umbral convulsivo y acorta la duración de la convulsión aún más que el tiopental, por lo que su uso está limitado a cuando no se puedan usar los anteriores fármacos. Debido a que proporciona un rápido despertar, se aconseja su uso en la TEC ambulatoria de mantenimiento.

El *relajante muscular más utilizado* es la **succinilcolina**. Está contraindicada en déficit de colinesterasa plasmática (siempre se debe investigar este punto en la historia clínica), hiperkaliemia y glaucoma de ángulo cerrado.

El uso de **atropina** es controvertido. Disminuye la bradicardia-asistolia vagal producida por la convulsión, disminuye las secreciones traqueobronquiales y aumenta el tono del esfínter esofágico inferior, disminuyendo así el riesgo de regurgitación. Sin embargo puede potenciar los efectos anticolinérgicos de otros fármacos, pudiendo descompensar patologías cardíacas previas.

La *hiperoxigenación* para conseguir una saturación de oxígeno del 100% es fundamental, puesto que evita la hipoxia cerebral y las alteraciones neuropsicológicas secundarias, disminuye la aparición de arritmias, facilita la aparición de una convulsión eficaz y evita la descompensación de los trastornos pulmonares.

Tratamientos concomitantes en la TEC

En la mayoría de los pacientes en los que se indica la TEC reciben además un número indeterminado de fármacos, tanto psiquiátricos como los utilizados en otras enfermedades orgánicas.

Habitualmente no es necesario retirar dicho tratamientos, sino modificar las dosis para que la convulsión se produzca de forma eficaz y evitar la sumación de efectos adversos.

Antipsicóticos: disminuyen el umbral convulsivógeno, con poca repercusión en la práctica clínica (convulsiones prolongadas). No es necesario habitualmente modificar la dosis previa.

Antidepresivos tricíclicos: disminuyen el umbral convulsivógeno, aumentan el riesgo cardiovascular y disminuyen el tono del esfínter esofágico inferior (riesgo de regurgitación). En la práctica, los efectos adversos son clínicamente poco significativos. Se suele reducir la dosis a la mitad o dos tercios de la dosis previa y subirlas progresivamente en la cuarta o quinta sesión hasta conseguir las dosis máximas al finalizar la TEC. Se evita administrar la maprotilina por el potencial convulsivógeno de esta sustancia.

ISRS: convulsiones prolongadas. Dado que se requeriría un periodo largo de lavado, en la práctica se mantienen a las dosis habituales teniendo la precaución de dar estímulos de intensidad muy bajos al inicio de la TEC.

IMAOs: retirarlos quince días antes de la TEC. En realidad es más importante el incremento del umbral convulsivo que el riesgo de la asociación con la anestesia (como las modificaciones tensionales, alteraciones neuronales y hepáticas, etc.).

Tratamientos concomitantes en la TEC

Benzodiazepinas: no hay que retirarlas. Aumentan el umbral convulsivo y provocan una disminución de la intensidad y duración de la convulsión, por lo que hay que dar la dosis mínima necesaria del ansiolítico que se administre y aumentar la intensidad de la corriente para provocar la crisis. Es conveniente utilizar las de vida media corta como el lorazepam (3 mg/día), y si es posible, dar la última dosis ocho horas antes de la TEC. La benzodiazepina utilizada en las crisis de agitación postTEC es el **midazolam**.

Litio y L-dopa: cuadros confusionales con alteraciones amnésicas y cognitivas. Reducción del umbral convulsivo con litio, aconsejando reducción de la dosis a la mitad, con aumento progresivo posterior según la aparición de efectos adversos. Monitorización las funciones cognitivas.

- Fármacos que **disminuyen** el umbral convulsivante y pueden prolongar el tiempo de convulsión: Cafeína (utilizada como "potenciador" de la convulsión en casos de resistencias a intensidades de estímulos máximas), nicotina, teofilina, esteroides, lidocaína y hormona tiroidea.
- Fármacos que **aumentan** el umbral convulsivante y pueden dificultar la producción de una convulsión eficaz: anticonvulsivantes (disminuir a la mínima dosis eficaz, pero no retirar), alcohol, L-triptófano y beta-bloqueantes (utilizar mejor el labetalol si es necesario, que es un bloqueante alfa y beta).
- En los diabéticos no insulino dependientes se procederá a realizar una determinación previa y posterior a la TEC y se administrará insulina en los casos en que no se estabilicen las cifras de glucemia con los antidiabéticos orales.

Implicaciones ético-legales de la TEC

Este tratamiento cumple los principios que rigen la ética médica, como son el ser un tratamiento eficaz y tener un perfil riesgo-beneficio adecuado. Por este motivo, aparte de la obligación de los psiquiatras de estar actualizados en lo que concierne al uso de la TEC, se tiene el deber ético de ofertar al paciente la posibilidad de esta terapia dentro de las opciones habituales de tratamiento.

Al requerir anestesia general, es necesario el Consentimiento Informado por escrito del paciente, o en incapacitados para tomar decisiones, de los familiares o allegados.

Documentar todos los pasos del proceso.

Registrar los parámetros (medicación y dosis administradas, características de la convulsión, modificaciones cardiovasculares pre-postTEC, tiempo de recuperación postconvulsivo, etc.).



BIBLIOGRAFÍA TEC

Libro de Residentes de Psiquiatría.

Protocolo TEC (Dic. 2007). Servicio de Salud Mental. Complejo hospitalario de Albacete.