

tología de la depresión⁵. El tratamiento con ketamina ha demostrado tener rápidas propiedades antidepresivas aunque su uso es controvertido y su datos contradictorios en la literatura⁶⁻⁸. Un estudio realizado con 90 sujetos afectados de DRT apunta a una mejoría más rápida y sostenida de la clínica depresiva, aportando mayor tiempo de convulsión y protección cognitiva en aquellos pacientes tratados con dosis anestésicas de ketamina (0,8 mg/kg) asociada a TEC⁹. Sin embargo, hay una notable falta de evidencia sobre la seguridad y eficacia en pacientes de edad avanzada; grupo especialmente susceptible a la DRT.

En nuestra opinión, direccionándonos hacia una psiquiatría cada vez más personalizada y tecnificada¹⁰, la ketamina puede ser una alternativa válida al uso de anestésicos convencionales proporcionando un mayor tmc, que podría jugar un papel importante en la mayor eficacia antidepresiva observada. Estos resultados junto con la protección cognitiva reportada⁹ —que no fue valorada en nuestros sujetos— la convierten en una opción deseable para pacientes de edad avanzada, si bien es necesaria mayor evidencia para evaluar su eficacia y seguridad en este grupo de edad.

Bibliografía

1. Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:16–22.
2. Mathew SJ. Treatment-resistant depression: Recent developments and future directions. *Depress Anxiety*. 2008;25:989–92.
3. Geduldung ET, Kellner CH. Electroconvulsive therapy in the elderly: New findings in geriatric depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18:40.
4. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.
5. Artigas F. ¿Antidepresivos glutamatergicos? Las sorprendentes propiedades antidepresivas de la ketamina. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4:183–6.
6. Caddy C, Giaroli G, White TP, Shergill SS, Tracy DK. Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: Pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014;4:75–99.
7. Fond G, Loundou A, Rabu C, Macgregor A, Lançon C, Brittner M, et al. Ketamine administration in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014;231:3663–76.
8. McGirr A, Berlim MT, Bond DJ, Neufeld NH, Chan PY, Yatham LN, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of adjunctive ketamine in electroconvulsive therapy: Efficacy and tolerability. *J Psychiatr Res*. 2015;62:23–30.
9. Zhong X, He H, Zhang C, Wang Z, Jiang M, Li Q, et al. Mood and neuropsychological effects of different doses of ketamine in electroconvulsive therapy for treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 2016;201:124–30.
10. Vieta E. La medicina personalizada aplicada a la salud mental: la psiquiatría de precisión. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015;8:117–8.

Adriana Fortea^{a,*}, Laura Espinosa^a, Clara Oliveras^a, Pol Bruguera^a y Antoni Benabarre^{a,b,c,d}

^a Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Psiquiatría y Psicología, Programa de Trastornos Bipolares, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^c Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

^d Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fortea@clinic.cat (A. Fortea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.12.001>
1888-9891/

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Debería desempeñar un papel la mascarilla laríngea en la terapia electroconvulsiva?



Should the laryngeal mask airway play a role in electroconvulsive therapy?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo firmado por Buj-Alvarez et al.¹ donde se describe el uso de la mascarilla laríngea (LMA) en la terapia electroconvulsiva (ECT), para facilitar la hiperventilación, y nos gustaría compartir nuestra experiencia. A pesar de que la LMA desempeña una función durante la ECT (principalmente como dispositivo de rescate, como parte del algoritmo de la vía aérea difícil de la Sociedad Americana de Anestesiólogos en pacientes que no pueden ser ventilados), pensamos que debido a una serie de

motivos su uso rutinario no se hace necesario, y podría resultar perjudicial.

El estudio piloto descrito en el artículo comparaba dos grupos de pacientes: uno ventilado con la LMA y otro con una mascarilla facial, aunque no queda claro si este último grupo fue ventilado con cualquier dispositivo de ayuda, tal como la vía aérea oral. Como no es posible medir con precisión el CO₂ al final de la espiración al realizar la ventilación con una mascarilla facial, también resulta poco claro el modo en que los autores fueron capaces de determinar que los resultados de este estudio guardaban relación con una diferencia en cuanto al grado de hiperventilación logrado mediante los dos métodos diferentes de ventilación. La ventilación minuto puede utilizarse como indicador para cuantificar el grado de hiperventilación en el grupo de mascarilla facial, pero incluso en este caso se debe asumir que a una tasa de 20 litros por minuto de ventilación se ha logrado un nivel de hiperventilación más que adecuado, ya que no puede medirse con precisión. Hemos podido lograr un grado

aceptable de hiperventilación utilizando únicamente un dispositivo simple de bolsa-válvula-mascarilla y la vía aérea oral blanda ocasional.

La LMA funciona muy bien para mantener la patencia de la vía aérea en muchos pacientes, pero requiere cierta habilidad y tiempo para ser colocada. Funciona mejor cuando el paciente respira espontáneamente, y puede no permitir una ventilación adecuada con presión positiva de no situarse correctamente. Cuando no se dispone de un bloque de mordida adecuado, para utilizarse con la LMA, el dispositivo debe extraerse y sustituirse con rapidez. Cualquier dificultad a la hora de colocarse puede causar demora en la hiperventilación post estímulo, incrementando el potencial de lesión orofaríngea. Debido a ello, algunos profesionales eligen dejar colocada la LMA y proteger los dientes a ambos lados con un bloque de mordida modificado. No queda clara la estrategia elegida por los autores del estudio, por lo que nos interesaría conocer si se enfrentaron a cualquier dificultad similar a las descritas anteriormente.

Por dichos motivos pensamos que un dispositivo de tipo LMA podría utilizarse con un bloque de mordida adecuado, no de manera rutinaria, sino para pacientes específicos tales como aquellos en los que resulte difícil lograr un grado aceptable de hipocapnia debido a dificultades de ventilación por cualquier motivo, pero no como primera línea de elección. Para un procedimiento que requiera únicamente un breve periodo de anestesia parece innecesario el uso rutinario de un dispositivo costoso y ligeramente invasivo como la LMA, especialmente cuando pueden lograrse los mismos

resultados por parte de un anestesiólogo con experiencia sin tener que utilizar dicho dispositivo.

Bibliografía

1. Buj-Alvarez I, Pifarré J, Marco G, de Sousa-Duso M, Martínez M, López-Gómez J. Can the laryngeal mask play a role in electroconvulsive treatment? A pilot study. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015.

Ethan O. Bryson (MD)^{a,*}, Adriana P. Hermida (MD)^b
y Charles H. Kellner (MD)^c

^a *Departamentos de Anestesiología y Psiquiatría, The Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY*

^b *Departamento de Psiquiatría, Emory University School of Medicine, New York, NY*

^c *Departamento de Psiquiatría, The Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY*

* Autor para correspondencia. Departamentos de Anestesiología y Psiquiatría, The Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY.

Correo electrónico: ethan.bryson@mountsinai.org
(E.O. Bryson).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.005>
1888-9891/

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.