

5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
6. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics) [página en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [actualizado 19 Sep 2016; consultado 19 Sep 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd11>

Gabriel Martí-Agustí^a, Esperanza L. Gómez-Durán^{b,c,d,*}, Jordi Vilardell-Molas^{e,f}, Gabriel Martí-Amengual^a, Carles Martín-Fumadó^{b,g} y Josep Arimany-Mansó^{a,b}

^a Unidad de Medicina Legal, Laboral y Toxicología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Responsabilidad Profesional, Área de Praxis, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Barcelona, España

^c Departamento de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^d Hospital Duran i Reynals, Hestia Grup, Barcelona, España

^e Departamento de Psicología, Universidad de Vic, Vic, Barcelona, España

^f Instituto de Seguridad Pública de Catalunya, Barcelona, España

^g Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Departamento de Justicia, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elgomezduran@comb.cat

(E.L. Gómez-Durán).

1888-9891/

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.002>

Asistolia tras terapia electroconvulsiva



Asistole after electroconvulsive therapy

Sr. Director:

La terapia electroconvulsiva (TEC), continúa siendo, hoy en día, uno de los principales tratamientos utilizados en psiquiatría para la depresión profunda¹. Presentamos el caso clínico de una mujer de 66 años, diagnosticada de síndrome depresivo severo, con sintomatología psicótica, que ha sido tratada con TEC desde el año 2004, con buena respuesta y sin presentar alteraciones hemodinámicas durante el tratamiento, sin otros antecedentes de interés. La terapia consiste en provocar una ligera convulsión, en este caso unilateral derecho de pulsos breves de 900 mA a 70 Hz en 1 ms, con sedación utilizando atropina 0,5 mg, propofol 90-100 mg y succinilcolina 50 mg, previa colocación de protección dental. El día que desarrolló asistolia, acudió con una frecuencia cardíaca de 120 lpm, por lo que no se administró atropina, pero sí propofol y succinilcolina en las mismas dosis que en terapias anteriores. Tras administrar la descarga habitual, se objetivó asistolia de 5 s de duración con recuperación del ritmo espontáneamente (figs. 1 y 2).

Discusión

La mortalidad post-TEC es baja, supone un 0,002%, aunque varía según las series entre 1:10.000 y 1: 50.000. Las principales complicaciones son las cardiológicas, principalmente las arritmias². La asistolia post-TEC, conocido como frecuencia cardíaca < 12 lpm durante al menos 5 s, es una complicación poco frecuente, pero que puede ser fatal³. El

mecanismo de producción se cree que es debido a una descarga parasimpática, por estímulo central que actúa sobre los receptores muscarínicos del nodo sinoauricular vía nervio vago tras aplicar el estímulo al paciente². La respuesta cardiovascular durante el TEC tiene 2 fases: la primera ocurre

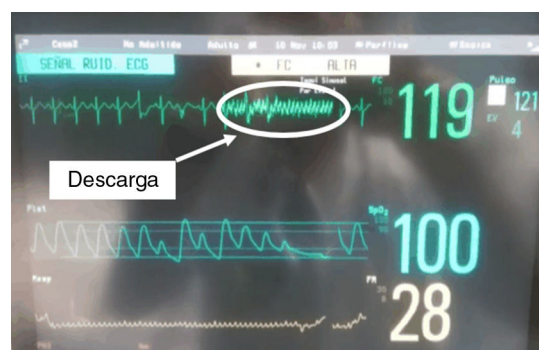


Figura 1 Descarga TEC.



Figura 2 Asistolia.

durante la administración de la descarga, y consiste en disminución de la frecuencia cardíaca por estímulo vagal. Esta bradicardia es de corta duración y se suele resolver espontáneamente en la mayoría de los casos. En la segunda fase, tras la convulsión, se produce una descarga simpática severa, que es la responsable de la taquicardia e hipertensión arterial postictal.

Se han estudiado diferentes factores de riesgo clínicos relacionados con el desarrollo de asistolia, entre los que se encuentran: adultos no geriátricos (<65 años), varones, no antecedentes cardiológicos, IMC normal, uso de anticolinérgicos en TEC previos, frecuencia cardíaca <60 lpm en reposo, uso de beta-bloqueantes pre-TEC profilácticamente para evitar HTA severa post-TEC, uso de IMAOS, bradiarritmia post-TEC en tratamientos previos y estímulos subconvulsivos.

Existen casos de asistolia en pacientes tratados previamente con TEC sin presentar ninguna incidencia, por eso la ausencia de complicaciones previas no garantiza que no puedan aparecer en un futuro.

También se han analizado aspectos propios del TEC, donde se observa una menor incidencia de asistolia tras la administración de carga máxima unilateral con pulsos cortos en 2 s en comparación con el de 4 s⁴. En otro estudio observacional⁵, analizan la influencia de la localización de los electrodos y el desarrollo de bradicardia y asistolia. Concluyen que los pacientes tratados con electrodos de localización bifrontal muestran menos cambios del ritmo cardíaco que los tratados con localización unilateral, aunque no se pudo concluir que la localización unilateral o bitemporal en presencia de premedicación con atropina, sea más peligrosa en comparación con la bifrontal.

En el caso que se presenta, observamos que el tratamiento administrado fue unilateral derecho de pulso corto al 70-80% de dosis máxima de carga en 1 y 4 ms. La paciente recibió tratamiento con atropina por FC basales bajas, salvo el día que presentó la asistolia, que no se administró por taquicardia previa al TEC. La administración de 0,5 mg de atropina, profilácticamente, evitó nuevos episodios de asistolia.

La escasez de estudios clínicos junto a que la mayoría de la literatura acerca de asistolia post-TEC son casos clínicos,

hace muy difícil definir factores de riesgo relacionados con esta complicación potencialmente fatal, aunque poco frecuente. La mayoría de los autores concluyen que la administración profiláctica de atropina, entre 0,5-0,8 mg suele ser eficaz para evitar el desarrollo de asistolia junto a una estrecha monitorización de la frecuencia cardíaca durante el TEC.

Conflicto de intereses

Los autores afirman no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:51-4.
2. Bhat SK, Acosta D, Swartz CM. Postictal asystole during ECT. *J ECT.* 2002;18:103-6.
3. Bryson EO, Kellner CH, Ahle GM, Liebman LS. Asystole during electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2014;30:259-60.
4. Coughlin JM, Rodenbach K, Lee PH, Hayat MJ, Griffin MM, Mirski MA. Asystole in ultrabrief pulse electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2012;28:165-9.
5. Nagler J. Absence of asystole during bifrontal stimulation in electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2010;26:100-3.

Pilar Romero^{a,*}, Sorkunde Telletxea S^a, Estela Saez^b
y Miguel Ángel Arzuaga^a

^a Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Galdakao, Usansolo, Bizkaia, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Galdakao, Usansolo, Bizkaia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

mariapilar.romerorojano@osakidetza.eus (P. Romero).

1888-9891/

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.001>

SERP: una Sociedad en crecimiento y con horizonte europeo



SERP: a growing society and with an European horizon

Sr. Director:

Como se ha comentado en otra publicación¹, la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría (SERP) fue creada en septiembre de 2015 con muy limitados recursos

materiales y humanos, pero mucho entusiasmo en la consecución de un objetivo por el que merecía la pena luchar: mejorar la formación de los residentes de psiquiatría en España.

Desde entonces, un pequeño grupo de residentes de los más distantes puntos geográficos de España hemos trabajado con el mayor empeño en dar forma y contenido a nuestra sociedad. Apoyados por un número creciente de socios, la primera junta directiva ha sentado las bases para una institución que pretende ser representativa y útil para todos los residentes de psiquiatría españoles presentes y futuros. El apoyo de muchos de nuestros mentores en nuestros hospitales, el de familiares y amigos que han querido colaborar de