

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS Y

VALORACION ANESTÉSICA

PREOPERATORIA

SECCIÓ D' AVALUACIÓ PREOPERATORIA (SAP)
SOCIETAT CATALANA D' ANESTESIOLOGIA,
REANIMACIÓ I TERAPIA DEL DOLOR

AUTORES:

DR. ANTONI BULBENA VILARRASA
SERVICIO DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL DEL MAR

DR. JUAN CASTAÑO ASINS
SERVICIO DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL DEL MAR

INDICE:

1- INTRODUCCIÓN

2- ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL PREOPERATORIO

2.1- ANSIEDAD PREOPERATORIA Y RECHAZO TRANSITORIO AL TRATAMIENTO

2.2- COMPETENCIA DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.3 -MORBILIDAD PSIQUIATRICA PREOPERATORIA

2.3.a- TRASTORNOS AFECTIVOS

2.3.a.1- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

2.3.a.2- TRASTORNO DISTIMICO O DISTIMIA

2.3.a.3- TRASTORNO BIPOLAR

2.3.a.4- TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANIMO DEPRESIVO

2.3.a.5- DEPRESION EN EL PERIODO PREOPERATORIO

2.3.b- ESQUIZOFRENIA

2.3.c- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

2.3.c.1- CLUSTER A (INDIVIDUOS EXCENTRICOS)

2.3.c.1.a- TRASTORNO PARANOIDE DE PERSONALIDAD

2.3.c.1.b- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE PERSONALIDAD

2.3.c.1.c- TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE PERSONALIDAD

2.3.c.2- CLUSTER B (INDIVIDUOS INMADUROS)

2.3.c.2.a- TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD

2.3.c.2.b- TRASTORNO HISTRIONICO DE PERSONALIDAD

2.3.c.2.c- TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD

2.3.c.2.d- TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD

2.3.c.3- CLUSTER C (INDIVIDUOS MIEDOSOS)

2.3.c.3.a- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE PERSONALIDAD

2.3.c.3.b- TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACION

2.3.c.3.c- TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

2.3.d- TRASTORNOS NEURÓTICOS

- 2.3.d.1- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
- 2.3.d.2- TRASTORNO DE PANICO
- 2.3.d.3- FOBIA SOCIAL
- 2.3.d.4- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

2.4- PSICOTROPOS

2.4.a- ANTIPSICÓTICOS

2.4.b- ANTIDEPRESIVOS

2.4.b.1 INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA

2.4.b.2 INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

2.4.b.3 ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

2.4.c- EUTIMIZANTES

2.4.c.1 CARBONATO DE LITIO

2.4.c.2 VALPROATO

2.4.c.3 CARBAMAZEPINA

2.4.c.4 LAMOTRIGINA

2.4.c.5 GABAPENTINA

2.4.c.6 TOPIRAMATO

2.4.d- ANSIOLÍTICOS

2.4.d.1 BENZODIACEPINAS

2.4.d.2 BUSPIRONA

3- ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL PEROPERATORIO Y POSTOPERATORIO

3.1- EFECTOS DE LA ANESTESIA CON IMPLICACIONES PSIQUIATRICAS

3.2 ESTADOS AGITADOS Y CONFUSIONALES

1- INTRODUCCIÓN

El acto quirúrgico supone un acontecimiento vital importante para el paciente. Conlleva un compromiso para la unidad biopsicosocial del individuo que se manifestará de formas diversas, al margen en muchos casos del grado de desarrollo y maduración personal de la persona. La intervención quirúrgica supone para el individuo, en menor o mayor grado una

situación de fragilidad y dependencia del cuidado de otros, con un sentimiento de pérdida del control sobre su propia vida, de interrupción de sus actividades diarias y de sus relaciones familiares y sociales. Ante esta situación, en ocasiones el personal sanitario pasa por alto la angustia del enfermo adaptando actitudes autoritarias o paternalistas. La detección y exploración de los miedos y ansiedades previos a la intervención que el paciente experimente y las estrategias encaminadas a disminuirlos serán de gran ayuda y repercutirán de forma positiva a lo largo de todo el proceso operatorio, ya que las alteraciones psiquiátricas que puedan aparecer -además de dificultar la recuperación a nivel del postoperatorio e incluso el mismo acto quirúrgico- suponen para el equipo quirúrgico una gran preocupación y pueden llegar a ser tan graves como otras complicaciones orgánicas.

Los diversos síndromes psiquiátricos que nos podemos encontrar abarcan desde un episodio psicótico agudo a problemas por dependencia a drogas, tentativas de suicidio o graves alteraciones de conducta. Es importante tener en cuenta estos procesos clínicos que pueden ocurrir en el preoperatorio, peroperatorio y postoperatorio así como un conocimiento detallado de la medicación psicotrópica empleada en su tratamiento para un mejor abordaje del paciente quirúrgico. A continuación repasaremos con detalle dichos procesos clínicos así como la medicación que suelen llevar los pacientes psiquiátricos para que el especialista en preoperatorio este familiarizado, así como cuándo avisar al especialista de psiquiatría para realizar el enlace con la interconsulta desde el servicio de anestesiología. Estructuraremos dicha guía en aspectos psiquiátricos a tener en cuenta en la valoración prequirúrgica de un paciente, estructurado en función de acontecimientos que pueden ocurrir en el preoperatorio, peroperatorio y postoperatorio.

2- ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL PREOPERATORIO

2.1- ANSIEDAD PREOPERATORIA Y RECHAZO TRANSITORIO AL TRATAMIENTO

Diversos factores que intervienen en la aparición de ansiedad preoperatoria pueden verse en la tabla 1:

TABLA 1. Factores que intervienen en la aparición de ansiedad preoperatoria

- Preocupación por la pérdida de autonomía personal y dependencia de otros
 - Preocupación por la soledad, la separación del hogar y la atención que se recibirá durante la hospitalización
 - Temor a la muerte por el riesgo mismo del procedimiento
 - Temor al dolor, a la enfermedad y a las propias capacidades para resistirlo
 - Preocupación por el coste económico derivado de la intervención y de la hospitalización
 - Preocupaciones por la habilidad y conocimientos del cirujano y el anestesista
 - Preocupación por el día y hora de la operación
 - Temor a la pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo o a una invalidez crónica
-

Es importante a la hora de considerar la aparición de ansiedad preoperatoria la importancia de antecedentes personales de situaciones traumáticas previas, las expectativas de ganancia o pérdida que tenga el paciente ante la cirugía, y la identificación que haga el enfermo con otras personas que hayan pasado por experiencias similares. Gran parte de estos temores y preocupaciones podrán limitarse si el equipo de atención preoperatoria es sensible a ellos e intenta tratarlos directamente con el paciente. Será necesario abordar todas las aclaraciones referentes a la cirugía que le cuestione el paciente, en un lenguaje claro y sencillo, evitando los tecnicismos o las demostraciones de grandes conocimientos. Todo este tipo de actuaciones psicoeducativas que permiten al enfermo

expresar sus temores y disipar las dudas que tenga sobre la intervención están asociadas con una clara disminución de la ansiedad preoperatoria y tendrán un efecto tranquilizador, en muchas ocasiones mayor que el uso de fármacos ansiolíticos. No es infrecuente que se piense que este tipo de intervenciones que requieren un manejo de las necesidades psicológicas del paciente las ha de realizar el psiquiatra consultor. Esto es un error ya que interfiere en la relación establecida entre el médico y su paciente.

Conviene aclarar que al igual que en todo funcionamiento humano, una cierta cantidad de ansiedad ante la intervención es normal y no constituye ninguna alteración en sí misma, sino todo lo contrario; dicha ansiedad es necesaria para que el paciente colabore de forma activa en el proceso quirúrgico.

En definitiva, creemos imprescindible subrayar la importancia de la psicoeducación preoperatoria que ha demostrado su utilidad para disminuir la ansiedad y el estrés preoperatorio, facilitar la cooperación del paciente, disminuir las complicaciones postoperatorias, y mejorar y agilizar la recuperación posquirúrgica.

Se estima que el 5% de pacientes de cirugía general presentan reacciones de pánico prequirúrgicas o se niegan a ser intervenidos. Con frecuencia, estos problemas aparecen en pacientes con trastornos de ansiedad previos o que se desencadenan por primera vez en el contexto de enfermedades graves. La intervención se centrará en educar al paciente, implicar al anestesista, implicar a los familiares y coordinar la asistencia, en la que puede ser necesaria la intervención del psiquiatra y del psicólogo para aplicar técnicas de conducta – como ejercicios de relajación autoguiada o intervenciones psicoterapéuticas específicas- e intervenciones farmacológicas eficaces.

2.2- COMPETENCIA DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pocas cosas generan más confusión en el personal médico que el paciente se niegue a que se le practique un procedimiento aparentemente necesario y razonable. En estos casos puede

ser necesaria la consulta psiquiátrica, que tendrá como objetivo valorar si es necesario declarar al paciente “incompetente” e incapacitado -a fin de autorizar el tratamiento medicoquirúrgico- a pesar de las objeciones del paciente. En casos de incapacidad declarada tiene importancia la figura de los tutores legales para intervenir en la toma de decisiones sanitarias. Cuando no existe la figura de un tutor legal, el consentimiento informado o su rechazo se tendrá que determinar por vía judicial. El psiquiatra debe hacer una evaluación de la situación global, incluyendo el estado mental del paciente en ese momento y los supuestos y expectativas que tiene sobre su salud.

El informe del psiquiatra constituye un testimonio experto que se suele utilizar en el proceso judicial. Tras la evaluación, es posible que el psiquiatra pueda aportar datos de gran relevancia acerca de la naturaleza del problema y pueda resolverlo sin tener que acudir a la vía legal. El objetivo fundamental es preservar la posibilidad de un tratamiento médico adecuado.

2.3- MORBILIDAD PSIQUIATRICA PREOPERATORIA

La coexistencia de un trastorno mental no compensado en un paciente médico o quirúrgico se asocia a una estancia hospitalaria de mayor duración, además de constituir un problema que con frecuencia suele desbordar al equipo sanitario. En estos casos es importante que desde un inicio el anestesista que realiza el preoperatorio este familiarizado y tenga en cuenta que pueda existir un trastorno psiquiatrico subyacente para poderlo detectar y orientar sobre la conducta que se debe seguir. En ocasiones será necesaria la intervención del psiquiatra de enlace para compensar u orientar un caso psiquiátrico antes de realizarse la intervención quirúrgica.

Como entidades clínicas psiquiátricas más frecuentes –y que abordaremos en esta guía de abordaje prequirúrgico- destacaremos los trastornos afectivos, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y los trastornos neuróticos (trastornos de ansiedad y trastorno

obsesivo-compulsivo).

2.3a -TRASTORNOS AFECTIVOS

Los trastornos afectivos, del humor o del estado de ánimo tienen una incidencia y una prevalencia elevadas. Destacaremos en este apartado los más frecuentes, que son el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno bipolar (Oscilaciones sucesivas del humor en el tiempo, intercalándose episodios depresivos mayores con episodios maniacos,hipomaniacos o mixtos) y el trastorno adaptativo con ánimo depresivo.

2.3 a.1- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El trastorno depresivo mayor puede constar de un episodio depresivo mayor único o de dos o mas episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo (trastorno depresivo mayor recurrente).

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido (el individuo se siente triste o vacío), con disminución acusada del interés o de la capacidad para disfrutar en sus actividades diarias, pérdida o aumento importante de peso, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes, es decir con síntomas psicóticos), disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte -que pueden incluir ideación suicida-.

La incidencia del trastorno depresivo mayor es del 2-5%. La prevalencia a lo largo de la vida se sitúa entre el 5 y el 10%. La depresión mayor es 2 veces más frecuente en las mujeres que en los varones. En general se asocia a la existencia de antecedentes depresivos en familiares de primer grado. Durante los intervalos entre los episodios depresivos, la mayoría de los enfermos no presenta síntomas, pero en el 20-30% de los pacientes el trastorno se cronifica. El 60-70% de los pacientes con depresión mayor responden favorablemente a los antidepressivos.

2.3 a.2- TRASTORNO DISTÍMICO O DISTIMIA

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo durante al menos dos años sin que la sintomatología depresiva llegue a cumplir criterios de trastorno depresivo mayor.

La distimia tiene una incidencia global de alrededor del 3%. Se da el doble en mujeres que en varones. Se trata de un trastorno crónico. También pueden experimentar algún trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida (en estos casos la escuela norteamericana utiliza el término de “doble depresión”). Antes de establecer el diagnóstico de trastorno primario, el clínico debe efectuar el diagnóstico diferencial con síntomas depresivos secundarios a una enfermedad no psiquiátrica o a algún fármaco.

2.3 a.3- TRASTORNO BIPOLAR

Un episodio maníaco se caracteriza por un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Podemos apreciar autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño), mas hablador de lo habitual o verborreico, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distraibilidad (la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes), aumento de la actividad (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotriz, implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej. enzarzarse en compras irrefenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

Cuando se combinan aspectos depresivos y maníacos en un mismo episodio hablamos de episodio mixto. Un episodio maníaco de menor intensidad recibe el nombre de episodio hipomaniaco. Ambos también forman parte del trastorno bipolar.

La incidencia y la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos bipolares se sitúan entre el 0,4-1,6%.

2.3 a.4- TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANIMO DEPRESIVO

El trastorno adaptativo con ánimo depresivo, con ansiedad o con ambos (tipo mixto) consiste en la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable. No se cumplen criterios de un trastorno depresivo mayor.

Para los trastornos depresivos mayores -asi como para la demás sintomatología depresiva citada- el tratamiento psicofarmacológico de elección son los antidepresivos.

Para los episodios maníacos , el tratamiento psicofarmacológico de elección –que suele llevarse a cabo en general en régimen de hospitalización- es la combinación de fármacos reguladores del estado de ánimo (eutimizantes) y de fármacos antipsicóticos –estos últimos más efectivos en la fase mas aguda del episodio-

Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar –y asi prevenir recaídas en forma de episodios maniacos,mixtos,hipomaníacos o depresivos- se utilizan los fármacos reguladores del estado de ánimo o eutimizantes. Tambien recientemente se estan utilizando fármacos antipsicóticos para ese fin.

2.3.a.5- DEPRESION EN EL PERIODO PREOPERATORIO

Puede ocurrir que la enfermedad orgánica que motiva la intervención quirúrgica se viva cada vez más como algo propio, perteneciente a uno mismo, actitud que hará más difícil la colaboración con el equipo quirúrgico. Si a esto se añade que todo acto quirúrgico conlleva – aun en las intervenciones más sencillas-, algún tipo de incisión, de pérdida, de vaciamiento, se reforzará la idea del sujeto de que el agresor no es la enfermedad sino el propio equipo quirúrgico. En estos casos, en los que el sujeto se muestra desesperanzado y con la creencia de que ya nada puede ayudarle es aconsejable no realizar la intervención, siempre que la situación física del paciente lo permita, y valorar si en un tiempo posterior la actitud del enfermo favorece afrontar la intervención con mayores garantías de colaboración por su parte.

2.3.b- ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es la entidad más importante y más frecuente de un grupo de enfermedades que genérica e históricamente se han denominado psicosis. Constituyen una de las enfermedades más graves en el campo de la psiquiatría. Se caracterizan fundamentalmente por la pérdida del juicio de realidad y la aparición de alteraciones de la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta; presentan un curso recurrente y tendencia, en diferentes grados, a la cronicidad.

La esquizofrenia afecta al 0,5-1% de la población general. Afecta por igual a ambos sexos y suele aparecer, por término medio, entre los 20 y los 30 años. El diagnóstico es clínico. Los síntomas característicos son ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, empobrecimiento ideoverbal y un síndrome apatoabúlico que progresivamente van deteriorando el funcionamiento sociolaboral del paciente. Existen varios subtipos de esquizofrenia en función del predominio de la sintomatología (tipo paranoide, desorganizado, catatónica,y residual cuando predomina el deterioro sociolaboral y de funciones cognitivas y de relación del paciente). El curso longitudinal de la esquizofrenia se caracteriza por periodos de reagudización en general coincidiendo con abandono de la medicación por parte del paciente. Los fármacos antipsicóticos controlan en la mayoría de los casos la sintomatología clínica aguda así como las reagudizaciones y la socialización y calidad de vida de estos pacientes. En general, la vía de administración de preferencia es la oral, aunque se recurre a la vía parenteral (intramuscular) cuando hay incumplimiento o falta de colaboración del paciente. Se recomienda complementar el tratamiento con medidas psicosociales y participación en programas de rehabilitación como talleres ocupacionales, hospitales de día, psicoterapias grupales y familiares, etc

2.3.c- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad resultan de agrupamientos de síntomas y de alteraciones de conducta que se presentan en diversos individuos. La clasificación más utilizada de dichos trastornos es la de la American Psychiatric Association en la cuarta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Se clasifican en tres grupos o clusters (A,B,C) que a su vez se subdividen en diversos trastornos de personalidad que repasaremos a continuación

2.3.c.1- CLUSTER A (INDIVIDUOS EXCÉNTRICOS)

Se trata de individuos que viven la realidad desde una óptica de perpetua desconfianza con respecto a la lealtad, los móviles y las intenciones de otros, y que atribuyen significados ocultos a los acontecimientos. A este grupo pertenece la personalidad paranoide, la personalidad esquizoide y esquizotípica.

2.3.c.1.a- Trastorno paranoide de la personalidad

Se trata de un trastorno que se diagnostica con más frecuencia en varones, y cuyo tratamiento no suele ser específicamente solicitado por el paciente, que tiende a aferrarse obstinadamente a sus convicciones y a su lectura suspicaz de los hechos y de las intenciones de las personas.

2.3.c.1.b- Trastorno esquizoide de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por el aislamiento, el desinterés por las actividades y las personas y la ausencia de relaciones sociales y de expresión emocional en las relaciones interpersonales. Estos individuos parecen ser indiferentes a los móviles, los gustos y las emociones de las demás personas, y viven aislados como ermitaños, sin necesidad de contacto o aprobación social y sin capacidad para experimentar placeres.

2.3.c.1.c- Trastorno esquizotípico de la personalidad

Existe un acusado déficit de socialización y dificultades para la relación interpersonal, a lo que se añaden conductas (e incluso apariencia) excéntricas, actitud suspicaz,

interpretaciones autorreferenciales, pensamiento mágico (supersticiones,telepatía, "sexto sentido"), experiencias perceptivas inhabituales y afectividad inapropiada.

2.3.c.2- CLUSTER B (INDIVIDUOS INMADUROS)

Este grupo se caracteriza fundamentalmente por la expresión de estilos de funcionamiento personal determinados por la emotividad, la inconsistencia y la inestabilidad, que propician relaciones interpersonales conflictivas y reacciones conductuales aparatosas, a partir de una identidad individual y social deficientemente interiorizada. Los estilos relacionales de estos pacientes se caracterizan por su carga emocional, su irracionalidad y su potencial desadaptativo, y están basados en la dependencia, la manipulación, la inestabilidad y la falta de interiorización de esquemas interpersonales constructivos. Cuando estos pacientes se desequilibran, pueden llevar a cabo comportamientos dramáticos (intentos autolíticos, agresividad,abuso de sustancias tóxicas, somatizaciones diversas, estados de agitación psicomotriz, etc) que ponen en peligro la integridad personal y la de los demás

2.3.c.2.a- trastorno límite de personalidad

Existe una predisposición a presentar rápidos y aparatosos cambios en el estado de ánimo, con una sensibilidad extrema a los acontecimientos (separación,pérdida de vínculos emocionales, críticas o frustración de expectativas) y autoimagen negativa a raíz del descontrol emocional y de las conductas de los demás en respuesta a sus imprevisibles reacciones. La impulsividad es potencialmente lesiva para el propio paciente, y se manifiesta en diversas áreas, como el descontrol en gastos, la promiscuidad sexual, el abuso frecuente de sustancias, la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria o la conducción temeraria de vehículos. En general, todos son proclives a presentar episodios psicóticos transitorios y estados de angustia,depresión y disociación,de alto riesgo autolítico. En ocasiones recurren a conductas autodestructivas (p.ej. cortes superficiales con cuchillas en muslos o antebrazos o consumo desmedido de psicofármacos) que persiguen reducir su

insoponible tensión interior.

2.3.c.2.b- trastorno histriónico de personalidad

Existe presencia de hiperreactividad emocional –tanto en el sentido de la labilidad y la hipersensibilidad como en el de la aparatosidad de la expresión de las emociones-, por la necesidad desmedida de atención y afecto y por la aparición de cambios bruscos de humor, suscitados por estímulos o percepciones nimias (a veces, casi subliminales para el individuo). Se trata de personas sugestionables que se relacionan con los demás con estrategias de seducción, siempre ávidas de “alimento” emocional y afectivo. No obstante, pueden pasar del amor a primera vista al odio irreductible, a partir de cualquier detalle o anécdota banal.

2.3.c.2.c- trastorno antisocial de personalidad

Destaca la presencia de un patrón consistente en desprecio y violación de las normas y de los derechos de los demás, de desadaptación crónica y de egocentrismo desadaptativo (que incluye irresponsabilidad, mentiras, engaños y manipulaciones), con conductas impulsivas y agresivas, sin autocrítica ni remordimientos. Se trata de personas que necesitan estimulación continua y gratificación inmediata, que consideran que los otros están al servicio de sus necesidades personales.

2.3.c.2.d- trastorno narcisista de personalidad

Se caracteriza por la presencia de un patrón de grandiosidad (en la imaginación o en la conducta), de sentido desmesurado de la propia importancia y de necesidad de admiración (por no decir adoración) , que se expresa a través de conductas vanidosas, falta de empatía, envidia, convicción de ser único y relaciones interpersonales basadas únicamente en la explotación.

2.3.c.3- CLUSTER C (INDIVIDUOS MIEDOSOS)

En este grupo se incluyen los pacientes que presentan trastornos asociados a la dimensión

ansioso-temeroso-evitadora. En este grupo son frecuentes las quejas somáticas, las aprensiones hipocondríacas y los síntomas físicos sin explicación convincente.

2.3.c.3.a- trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Los individuos obsesivos son normativos, perseverantes y parsimoniosos, se preocupan por el perfeccionismo y por los rendimientos y tienden a dudar sistemáticamente, por lo que recurren a continuas repeticiones y comprobaciones.

2.3.c.3.b- trastorno de la personalidad por evitación

Temen la evaluación negativa de los demás, no toleran la menor crítica, les horroriza hacer el ridículo y necesitan garantías de aprobación incondicional para establecer relaciones con el prójimo. Lo habitual es que carezcan de recursos para la interacción personal, de modo que recurren a estrategias de evitación para librarse del penoso trance de sentirse examinados por las personas, a las que atribuyen hostilidad y malevolencia

2.3.c.3.c- trastorno de la personalidad por dependencia

Tienen miedo a la soledad, son hipersensibles a la desaprobación y se consideran incapaces de vivir por su cuenta. Para defenderse de sus temores se adhieren de un modo dependiente y sumiso a otras personas, buscando consejo o protección, y pueden llegar a extremos increíbles de subordinación y obediencia. La autoestima de estas personas es nula. Sienten horror a la discrepancia o a la tensión interpersonal y son capaces de cambiar de opinión, sacrificarse por los demás o aceptar que se equivocan, con tal de no perder la estima y la aprobación ajenas

2.3.d- TRASTORNOS NEURÓTICOS

La ansiedad es una emoción comúnmente experimentada por el hombre a lo largo de su existencia y que responde a una amenaza a su identidad. Se considera normal cuando es una reacción adaptativa a un peligro identificable en el ambiente y se corresponde cuantitativa y

cuantitativamente con él. La ansiedad que no es excesiva presenta aspectos positivos, ya que estimula el aprendizaje y el cumplimiento de tareas. Sin embargo la ansiedad patológica es desproporcionada a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Es una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces inexistente.

La ansiedad patológica es uno de los estados más frecuentes en la práctica médica. Así, aproximadamente el 20% de la población general en las sociedades desarrolladas padece algún tipo de trastorno de ansiedad reconocible y tratable.

El inicio del trastorno puede situarse en cualquier edad, aunque hay mayor incidencia en los adultos jóvenes (entre los 20 y los 40 años). En cuanto al sexo, la frecuencia es más alta en las mujeres, cuyo número puede alcanzar el doble que en los varones. La predisposición familiar a la patología ansiosa está constatada de forma concluyente en algunas de sus formas (como el trastorno de pánico o la fobia social).

Los trastornos de ansiedad más importantes son el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social. Constituyen el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuente en la población general. Dentro de los trastornos neuróticos destacaremos también el trastorno obsesivo-compulsivo.

2.3.d.1- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se caracteriza por ansiedad generalizada y persistente y que podría denominarse “ansiedad libre flotante”. Su evolución tiende a la cronicidad.

2.3.d.2- TRASTORNO DE PÁNICO

Clínicamente, este trastorno se caracteriza por la presentación imprevisible de crisis recurrentes de ansiedad grave o pánico, no relacionadas con ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, aunque con el tiempo pueden ser situacionales. Se acompañan de intensos síntomas vegetativos de ansiedad, con temor a perder el autocontrol o sensación de irrealidad (desrealización o despersonalización) y, secundariamente, temor a morir,

enloquecer, enfermar, etc). A menudo da lugar a ansiedad anticipatorio, conductas de evitación fóbica y desesperanza. En ocasiones en dichos pacientes puede existir retraimiento social con aislamiento en domicilio -por miedo a salir a la calle- ante la posibilidad de tener crisis de pánico en espacios exteriores (agorafobia: miedo a los espacios abiertos).

2.3.d.3- FOBIA SOCIAL

La fobia social lleva a evitar situaciones sociales por miedo a ser juzgado por otras personas. Se acompañan de mala autoimagen y baja autoestima. Aparece ya en la adolescencia. La conducta de evitación puede ser muy acusada y conllevar aislamiento social

2.3.d.4- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Se caracteriza por pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen repetitivamente en la actividad mental del individuo, provocando en el que los padece un intento de resistirse a ellos. Las compulsiones son, por su parte, formas de conducta ritualizadas o actos mentales (compulsiones mentales) que se repiten una y otra vez. Son actos dirigidos a disminuir la ansiedad provocada por los pensamientos obsesivos. Generalmente, estos comportamientos son reconocidos por el paciente como carentes de sentido o eficacia, por lo que a menudo realiza reiterados intentos para resistirse a ellos.

La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo se sitúa alrededor del 1%.

2.4- PSICOTROPOS

Un aspecto muy importante en la valoración preoperatoria es el del manejo de los psicofármacos:

El riesgo de sufrir una recaída al discontinuar la medicación en aquellos pacientes que sufren un trastorno mental grave es reconocido cada vez con mayor frecuencia. Por ello en la medida de lo posible se recomienda que estos pacientes continúen con la medicación hasta la

fecha de la intervención y posteriormente a la misma , así como se investigue la reaparición de síntomas psiquiátricos y posibles interacciones farmacológicas.

LA DECISION DE CONTINUAR O SUSPENDER EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN EL PERIODO PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO DEPENDE DEL BALANCE QUE TENGAMOS EN CUANTO A LAS EXPECTATIVAS DE RIESGO/BENEFICIO QUE EXISTAN ENTRE SUSPENDERLO (RIESGO DE RECAIDA PSIQUIATRICA, RIESGO DE SINDROME DE DISCONTINUACION PSICOFARMACOLÓGICA) O MANTENERLO (RIESGO DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y ACONTECIMIENTOS CLÍNICOS ADVERSOS CON EL PROCEDIMIENTO ANESTESICO Y QUIRÚRGICO). ESTAS EXPECTATIVAS VARIARAN EN FUNCION DEL PACIENTE Y DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO QUE ESTE TOMANDO. NO HAY CRITERIOS DOGMATICOS Y ESTABLECIDOS DE ACTUACION. HAY QUE VALORAR EL RIESGO/BENEFICIO ESPECIFICO DE CADA CASO. POR DICHA RAZON ES IMPORTANTE ESTAR FAMILIARIZADO TANTO CON LOS TRASTORNOS MENTALES COMO CON LA MEDICACIÓN PSICOTRÓPICA.

Existen cuatro grandes grupos de fármacos psicotropos que describimos a continuación: antipsicóticos, antidepresivos, eutimizantes y ansiolíticos.

2.4.a - ANTIPSICÓTICOS

Este grupo de fármacos se denominó inicialmente “neurolépticos” debido a los efectos neurológicos –quietud emocional, retraso psicomotor e indiferencia afectiva- que producen. Sin embargo, dado que su efecto clínico fundamental es el antipsicótico y debido a la aparición de nuevos fármacos de este grupo con escasos efectos de este tipo, la denominación más recomendable es la de antipsicóticos. Se clasifican en antipsicóticos clásicos, convencionales, de primera generación o típicos frente a los nuevos antipsicóticos de segunda generación o atípicos.

En la tabla vemos la clasificación de los antipsicóticos típicos.

Tabla. Clasificación de los antipsicóticos convencionales

- FENOTIACINAS: Clorpromacina, Levomepromazina, Prometazina, Periciazina, Tioridacina, Perfenacina, Flufenacina, Pipotiacina Palmitato, Flufenacina decanoato, Tioproperacina, Trifluoperacina
 - DIBENZOXACEPINA: Loxapina
 - DIBENZOTIACEPINAS: Clotiapina
 - BUTIROFENONAS: Haloperidol, Droperidol
 - DIFENILBUTILPIPERIDINAS: Pimozide
 - BENZAMIDAS: Sulpiride, Tiapride
 - TIOXANTENOS: Decanoato Zuclopentixol
-

Los antipsicóticos atípicos que existen en la actualidad pueden observarse en la tabla.

Tabla. Fármacos antipsicóticos atípicos

- CLOZAPINA
- AMISULPRIDE
- RISPERIDONA
- SERTINDOL
- OLANZAPINA

- QUETIAPINA
 - ZIPRASIDONA
 - ARIPIPAZOL
-

Además de para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, los antipsicóticos se usan también para el tratamiento sintomático de enfermedades neurológicas motoras, como los trastornos motores presentes en la Enfermedad de Huntington, los tics motores y vocales del trastorno de Gilles de la Tourette y los trastornos motores como balismos o hemibalismos y coreas. Otras indicaciones marginales –por la existencia de tratamientos más eficaces y/o mejor tolerados- son el tratamiento de las náuseas, la emesis, el hipo y el prurito.

La principal hipótesis neurotransmisora para explicar el mecanismo de los síntomas de la psicosis (principalmente delirios y alucinaciones) es la de un exceso de actividad dopaminérgica en el SNc. El antagonismo de los receptores de dopamina a dicho nivel es el principal determinante de la acción antipsicótica (principalmente por bloqueo de los receptores D2 de dopamina).

Este antagonismo dopaminérgico en el SNc también explica la aparición de los efectos secundarios indeseables extrapiramidales.

Los efectos adversos neurológicos son los más conocidos y su relevancia clínica es de tal magnitud que la búsqueda de nuevos antipsicóticos se ha dirigido con el objetivo de conseguir fármacos sin estos efectos adversos. Destacan aquí los trastornos motores, incluyéndose en dicho grupo la distonía aguda, acatisia aguda, parkinsonismo, discinesia tardía y el síndrome neuroléptico maligno.

Tabla. Efectos secundarios neurológicos extrapiramidales de los antipsicóticos

- Distonía aguda
 - Acatisia
 - Parkinsonismo
 - Discinesia tardía
 - Síndrome neuroléptico maligno
-

La distonía aguda –sobre todo en los primeros días de tratamiento- se caracteriza por una contracción muscular sostenida(p. ej. crisis oculogiras, trismus,tortícolis,opistótonos,etc) debido a una hiperactividad dopaminérgica en ganglios basales. El tratamiento es básicamente con anticolinérgicos (biperideno o trihexifenidilo por vía oral o intramuscular)

La acatisia se caracteriza por un estado constante de inquietud psicomotriz. Se cree debido a un desequilibrio dopamina/dopamina. El tratamiento consiste en reducir dosis de antipsicóticos, propranolol,clonidina,benzodiacepinas o anticolinérgicos.

El parkinsonismo –bloqueo dopaminérgico en la vía nigroestriada- caracterizado por rigidez muscular,temblor y acinesia se trata reduciendo dosis de antipsicóticos y con anticolinérgicos y amantadina

Las discinesias tardías –se postula que por bloqueo crónico de los receptores dopaminérgicos en ganglios basales- se caracterizan por movimientos coreoatetoides involuntarios de cabeza (principalmente orofaciales),extremidades y tronco. El tto es reducir la dosis de antipsicótico o cambiar a otro de segunda generación.

El síndrome neuroléptico maligno se caracteriza por un cuadro de rigidez motora con afectación sistémica (fiebre,taquicardia,posible fallo multiorgánico) –de etiología desconocida- y se trara interrumpiendo el antipsicótico y tratándolo con dantroleno o bromocriptina.

Los antipsicóticos atípicos tienen sus propiedades –menor intensidad e incidencia de sintomatología adversa extrapiramidal- debido a que combinan el bloqueo D2 con el antagonismo de los receptores de serotonina (5HT2A). El antagonismo 5HT2A revierte el

antagonismo D2 en la vía dopaminérgica nigroestriada dando como resultado la disminución de la sintomatología adversa extrapiramidal (distonía aguda, acatisia, parkinsonismo farmacológico, discinesia tardia y síndrome neuroléptico maligno) sin afectar la eficacia antipsicótica.

Además del bloqueo de las vías dopaminérgicas, los antipsicóticos bloquean también los receptores colinérgicos muscarínicos M1 -causando sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención de orina y embotamiento afectivo-, los receptores histamínicos H1 –causando sedación y aumento de peso-, y los receptores alfa 1 adrenérgicos causando hipotensión.

La actividad anticolinérgica central es otro potencial efecto secundario y grave. Se manifiesta por un síndrome anticolinérgico acompañado de desorientación y, en ocasiones, estupor y coma.

Como efectos adversos cardiológicos, pueden producir alteraciones electrocardiográficas inespecíficas, como una prolongación de la repolarización ventricular con alargamiento del intervalo QT, ensanchamiento, aplanamiento o inversión de la onda T, T bicúspide y onda U, así como depresión del segmento ST. La tioridacina –ya retirada en España- es la más cardiopélica. En sobredosis pueden ser letales por dicho mecanismo. La alteración electrocardiográfica más significativa y que se ha de vigilar es el alargamiento del intervalo QT.

Pueden aumentar por bloqueo dopaminérgico tuberoinfundibular los niveles de prolactina. La hiperprolactinemia se manifiesta por ginecomastia, galactorrea, amenorrea o irregularidades menstruales, disfunción erectil y/o eyaculatoria, disminución del deseo sexual y anorgasmia. Puede provocar una disminución del tamaño testicular en los varones.

Pueden provocar hiperglucemia –se postula que por resistencia a la insulina-, aumento de triglicéridos y aumento de peso.

Actualmente las contraindicaciones absolutas para el uso de antipsicóticos son pocas: hipersensibilidad al principio activo, y la combinación de pimocida con antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina, azitromicina) ya que éstos últimos inhiben la actividad de la enzima hepática CYP3A3/4, responsable del metabolismo de la pimocida, por lo que aumenta el nivel de ésta, lo que multiplica el riesgo de aparición de trastornos de la repolarización y arritmias ventriculares.

Existen contraindicaciones relativas, como la presencia en el paciente de epilepsia (ya que los antipsicóticos disminuyen el umbral convulsivo), o de una enfermedad neurológica con trastorno del movimiento, fundamentalmente las enfermedades extrapiramidales (enfermedad de Parkinson entre otras). Se recomienda combinar con precaución los antipsicóticos con otros fármacos depresores del SNC, con fármacos epileptógenos u otros que puedan potenciar los efectos secundarios de los antipsicóticos. En concreto y por el potencial riesgo vital se ha de evitar la combinación con otros fármacos que alarguen el intervalo QT.

Además de lo referido, podemos considerar a nivel general:

- Poseen una potente acción antiemética
- Favorecen la aparición de actividad disrítica o patrones paroxísticos en el EEG disminuyendo el umbral convulsivo
- Pueden producir retrasos en la conducción y alteraciones de la repolarización ventricular expresados en el ECG como alargamiento del segmento PR y QT y más raramente depresión del segmento ST y aplanamiento de la onda T. La muerte súbita, aunque rara, presenta mayor incidencia que en la población general.
- Potencian las acciones de los depresores del SNC (incluida la depresión respiratoria) como el alcohol, opioides, ansiolíticos, hipnóticos y anestésicos, requiriendo dosis menores de dichas sustancias para alcanzar depresión a nivel neurológico.
- Pueden causar hipotensiones exageradas –con predominio de efecto beta-adrenérgico al

intentar revertirlas con agonistas mixtos y empeorar así la hipotensión- debido al bloqueo alfa 1-adrenérgico. Se recomienda el uso de vasopresores alfa adrenérgicos puros como la noradrenalina, evitando la adrenalina que produce un aumento paradójico de la hipotensión.

- Mayor tendencia a la hipotermia debido al bloqueo alfa 1- adrenérgico y a alteraciones en la regulación del hipotálamo.

- Actualmente no hay una postura unánime respecto a la interrupción perioperatoria de esta medicación, aunque parece más recomendable mantener el tratamiento ante el riesgo de desestabilización clínica del paciente a no ser que la balanza riesgo/beneficio se decante claramente a favor de la primera durante el acto operatorio. Si se decide la supresión se ha de realizar progresivamente y de manera gradual en la semana previa debido al riesgo de arritmias cardíacas graves de rebote y a la presencia de hiperreactividad colinérgica que ocasiona náuseas, vómitos, diarrea, ansiedad y mucha inquietud. En estos casos han de estar sin tratamiento 48 horas aproximadamente previo a la intervención quirúrgica.

2.4.b - ANTIDEPRESIVOS

La hipótesis neurotransmisora más aceptada en la actualidad en la fisiopatología de la depresión es una disminución global de la actividad de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, por lo que los antidepresivos van a actuar elevando de una forma u otra dichos neurotransmisores. Las familias más conocidas y frecuentes en la práctica clínica habitual son los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los antidepresivos tricíclicos (ATC) , los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) , los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, los inhibidores de la recaptación de noradrenalina, la mirtazapina y los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina. Respecto al preoperatorio, existe riesgo de recaída psicopatológica tras la retirada del tratamiento así como la posibilidad de que se presenten síndromes clínicos de supresión tras su retirada, en general dentro de los 1-3 días tras la retirada brusca y que mejoran restaurando dicho

tratamiento dentro de las primeras 24 horas. Sin tratamiento dicha sintomatología puede durar de una a tres semanas. Los síntomas generales de retirada que pueden aparecer son en la esfera psiquiátrica (ansiedad, inquietud, insomnio, irritabilidad, labilidad afectiva), gastrointestinal (náuseas y vómitos), neurológica (cefalea, parestesias, temblor, mareos, vértigo) y somática (fatiga, mialgias, escalofríos y rinorrea). Ocurren con mayor frecuencia con los fármacos de vida media mas corta. Las interacciones farmacológicas e implicaciones clínicas con el proceso anestésico y quirúrgico también se han de tener en cuenta. La incidencia de hipotensión intraoperatoria y arritmias cardíacas es baja en los pacientes en tratamiento crónico antidepressivo (ya sea tras supresión o no de dicho tto). La discontinuación incrementa el riesgo de recurrencia depresiva y la presencia posterior de delirio y confusión tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.

2.4.b.1- INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Los ISRS (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram) realizan una potente y selectiva inhibición de la recaptación de serotonina a nivel presináptico. Se han convertido en los antidepressivos más utilizados en la mayoría de los países desarrollados así como en fármacos de primera elección ya que presentan gran eficacia, menores efectos secundarios, mayor margen de seguridad en caso de sobredosificación y mayor facilidad de posología. Todos los ISRS presentan un perfil similar de eficacia y de efectos secundarios. Presentan entre ellos diferencias farmacocinéticas, que justificarían las ventajas de la sertralina y el citalopram en pacientes polimedicados, por su menor riesgo de interacciones.

Los ISRS inhiben el sistema enzimático hepático de metabolización citocromo P450, por lo que hay que ir con especial cuidado en fármacos que se metabolizan por esta vía ya que pueden aumentar sus niveles plasmáticos -como por ejemplo los antidepressivos tricíclicos- y causar toxicidad.

Se muestran eficaces en el tratamiento no sólo de la depresión sino también en el trastorno de ansiedad generalizada, en el trastorno de pánico, en el trastorno obsesivo compulsivo, en la bulimia nerviosa y el trastorno de estrés postraumático.

Aunque en algún caso con el uso de ISRS se han descrito trastornos del ritmo cardiaco - sobre todo en pacientes con cardiopatía previa- , no parecen tener efectos clínicamente relevantes sobre el ECG o la presión arterial por lo que son una buena opción en pacientes cardíacas .

Aunque se considera que disminuyen el umbral convulsivo, en general podemos decir que son poco propensos a modificarlo por lo que son una excelente opción en pacientes epilépticos.

A largo plazo, los trastornos sexuales (disminución de la libido, anorgasmia, retardo de la eyacuación, etc) constituyen el efecto secundario más frecuente.

Se han relacionado con la aparición del síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Pueden producir episodios de ligera hipoglicemia

La estimulación aguda de los receptores serotoninérgicos 5HT_{2A} en los ganglios basales puede ocasionar cambios en los movimientos motores debidos a la inhibición serotoninérgica de la neurotransmisión de dopamina en aquellos (la acción agonista serotoninérgica inhibe las vías dopaminérgicas a este nivel). Así, se puede producir acatisia, retraso psicomotor o incluso leves movimientos parkinsonianos, distonías y cuadros similares a la discinesia tardía.

Al administrarlos con antidepresivos tipo IMAO, triptófano u otros fármacos que potencian la transmisión serotoninérgica se puede desencadenar el llamado síndrome serotoninérgico. El síndrome serotoninérgico es un cuadro potencialmente mortal caracterizado clínicamente por la triada de alteraciones del estado mental (desorientación, confusión, letargia, inquietud motora), disfunción autónoma (fiebre,

diaforesis, rubefacción, temblor, diarrea) y anomalías neuromusculares (ataxia, hiperreflexia, mioclono). Con el progreso del síndrome pueden aparecer hipertensión, rabdomiolisis e insuficiencia renal. Puede asemejarse clínicamente al síndrome neuroléptico maligno. El mecanismo fisiopatológico parece ser un exceso de estimulación serotoninérgica.

Al suspenderlos bruscamente se puede producir el síndrome de retirada o de discontinuación o de supresión serotoninérgica. Es más frecuente con paroxetina (vida media más corta) . Los síntomas consisten en mareos, parestesias, temblor, ansiedad, náuseas y palpitaciones. Generalmente los síntomas duran una media de diez días.

Actúan desplazando anticoagulantes orales y digoxina de las proteínas plasmáticas, con lo que pueden presentarse alteraciones de la coagulación y del ritmo cardiaco.

Se ha demostrado el incremento de riesgo de hemorragia durante una intervención quirúrgica en pacientes tratados con ISRS mediado por una disminución de los niveles plaquetarios de serotonina que afectaría la agregación plaquetaria disminuyéndola, por lo que en pacientes de alto riesgo quirúrgico se podría plantear la supresión de dicha medicación antes de la intervención.

No se recomienda la supresión preoperatoria de manera sistemática. Si se decide realizar en casos puntuales, se ha de efectuar de manera gradual por el peligro del síndrome de supresión de serotonina; aproximadamente 72 horas antes de la intervención quirúrgica han de estar sin tratamiento.

2.4.b.2- INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA (IMAO)

Los IMAO (isoniacida, iproniacida, fenelcina, tiranilcipromina e isocarboxacida) bloquean la metabolización de noradrenalina, dopamina y serotonina (monoaminas) en las terminaciones nerviosas inhibiendo dicha enzima catabólica.

Existen dos subtipos de MAO, la A y la B. Ambas formas son inhibidas por los IMAO

originales que, por lo tanto, no son selectivos. La forma A metaboliza los neurotransmisores monoaminérgicos más estrechamente asociados a la depresión, es decir la serotonina y la noradrenalina. La inhibición de la MAO A esta asociada tanto a las acciones antidepresivas como a los efectos secundarios hipertensivos no deseables de los IMAO. La inhibición de la MAO B está asociada a la prevención de procesos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson; un ejemplo sería la selegilina. Tras haber inhibido la MAO, las aminas ingeridas en la dieta, tiramina básicamente –presente en alimentos como el queso, patés, embutidos, hígado, cerveza y vino-, pueden causar un aumento peligroso de la presión sanguínea. En el caso de los selectivos IMAO B no hay un riesgo especial para las aminas de la dieta. Actualmente existen inhibidores reversibles selectivos de la MAO A (RIMA). El ejemplo clásico es la moclobemida, que no tiene peligro con la dieta ya que la tiramina es capaz de desplazar el antidepresivo.

Como implicaciones de estos fármacos podemos destacar:

. Pueden producir alteraciones en el sistema cardiovascular, sobre todo hipotensión por anestésicos. Cuando esto ocurre, los agentes simpaticomiméticos indirectos, como la efedrina pueden provocar una crisis hipertensiva o un accidente vascular cerebral y no se han de utilizar. Los simpaticomiméticos directos no causan tan importante efecto hipertensivo, aunque sigue existiendo riesgo.

. Existe peligro de producirse un síndrome serotoninérgico al combinarlos con otros fármacos agonistas de la serotonina como ISRS, meperidina, buspirona, L-triptófano. El síndrome serotoninérgico es un síndrome tóxico secundario al exceso de actividad serotoninérgica que se presenta con una clínica de diaforesis, escalofríos, diarrea, temblor, mioclonías, hiperreflexia que puede desembocar en un síndrome confusional completo.

. Disminuyen la colinesterasa plasmática, lo cual produce un aumento de la duración del

efecto de la succinilcolina.

. Potencian los depresores del SNC.

Se aconseja suprimir los IMAO dos semanas antes de la intervención quirúrgica ante el riesgo vital que representan y siempre de manera gradual para evitar el síndrome de supresión brusca de serotonina. No es necesaria la supresión preoperatorio de los inhibidores reversibles.

2.4.b.3- ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ATC)

Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, protriptilina, imipramina, clomipramina,disipramina,doxepina, maprotilina) inhiben la bomba de recaptación presináptica de monoaminas. Algunos son más potentes en la inhibición de la bomba de recaptación de serotonina (clomipramina) y otros más selectivos para la noradrenalina (desimipramina, maprotilina, nortriptilina, protriptilina). La mayoría bloquean la recaptación tanto de serotonina como de noradrenalina. Además, todos los ATC tienen al menos otras tres acciones: bloqueo de los receptores colinérgicos muscarínicos, bloqueo de los receptores de histamina H1 y bloqueo de los receptores adrenérgicos alfa 1. Bloquean también los canales de Na⁺ en el corazón y el cerebro, lo que puede causar arritmias cardíacas, así como disminución del umbral convulsivo. Como implicaciones de dichos fármacos también podemos destacar:

. Tienen ligera acción hipoglicemiante

. Disminuyen el umbral convulsivo

. Poseen efecto quinidínico pudiendo ocasionar alteraciones en el ECG así como efecto inotrópico negativo. Para las arritmias leves en el contexto de su prescripción es útil la fisostigmina

. Desplazan los anticoagulantes orales de las proteínas plasmáticas ocasionando un mayor riesgo de hemorragia

. Junto con anestésicos es frecuente que aparezca hipotensión arterial intensa. No se

recomienda utilizar simpaticomiméticos indirectos para revertirla, prefiriendo en estos casos los simpaticomiméticos directos

. Potencian el bloqueo del SNC y la depresión respiratoria de opiáceos, barbitúricos, anestésicos y benzodiazepinas

No existen criterios unánimes respecto a la supresión preoperatorio. En general pueden mantenerse teniendo precaución con sustancias parasimpaticolíticas y bloqueadores del SNC.

Si se decide suprimirlos se ha de realizar de manera progresiva ante el riesgo de arritmogénesis, hipersensibilidad colinérgica y el síndrome de supresión de serotonina. En este caso han de estar sin tratamiento, aproximadamente tres días antes de la intervención.

2.4.c – EUTIMIZANTES

Los fármacos estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes –también utilizados la mayoría como antiepilépticos- tienen mucha utilidad en psiquiatría, principalmente en el manejo del trastorno bipolar, aunque ésta no es su única aplicación. El mecanismo de acción como antiepilépticos es bien conocido: actúan bloqueando los canales de Na⁺ y sobre los neurotransmisores GABA y glutamato; sin embargo, como eutimizantes todavía existen grandes interrogantes en cuanto a su modus operandi. Repasaremos a continuación los eutimizantes que se utilizan en la actualidad.

2.4.c.1- Carbonato de Litio:

El litio es clínicamente eficaz a una concentración plasmática aproximada de 0,5-1,2 mmol/l. Por encima de 1,5 mmol/l produce numerosos efectos tóxicos, por lo que la ventana terapéutica es estrecha y la monitorización de las concentraciones plasmáticas es esencial. El litio se administra por vía oral como una sal carbonatada y se excreta por el riñón. Es importante considerar que la depleción de sodio plasmático reduce la excreción de litio al aumentar su reabsorción en el túbulo proximal renal, y por tanto aumenta la probabilidad de toxicidad. Los diuréticos que actúan más allá del túbulo proximal tienen este mismo efecto.

La enfermedad renal también predispone a la toxicidad de litio. Los principales efectos tóxicos que pueden producirse durante el tratamiento son náuseas, vómitos, diarrea, alteraciones del SNC (temblor postural, hiperreflexia, ataxia, crisis epilépticas), efectos renales (diabetes insípida nefrogénica, lesión tubular grave) hipotiroidismo, teratogenia y alteraciones del ritmo cardiaco.

La toxicidad por litio origina diversos efectos neurológicos, que evolucionan desde la confusión hasta el coma, convulsiones, arritmias cardiacas y muerte si la concentración plasmática alcanza aproximadamente los 3-5 mmol/l. Debe sospecharse toxicidad por sobredosificación de litio en caso de náuseas, vómitos, diarreas, temblor grosero, ataxia, disartria, ensanchamiento del complejo QRS o bloqueo auriculoventricular en el ECG e hipotensión.

Las interacciones farmacológicas del Litio dado su estrecho margen terapéutico son especialmente relevantes:

- . Aumentan la litemia la mayoría de los AINEs (diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, ketoprofeno, naproxeno, fenilbutazona, oxifenbutazona, piroxican) , algunos diuréticos (tiazidas, IECAs, diuréticos del asa y los diuréticos ahorradores de K⁺) y los antagonistas del calcio

- . Disminuyen la litemia algunos diuréticos (osmóticos, inhibidores de la anhidrasa carbónica y xantinas) y el bicarbonato sódico

- . No afectan la litemia el AAS, el sulindac y el paracetamol.

Otras implicaciones de este fármaco que podemos destacar:

- . Prolonga el bloqueo neuromuscular tanto con relajantes musculares despolarizantes como no despolarzantes. Es esencial la monitorización del bloqueo neuromuscular.

- . Prolonga la depresión del SNC y aumenta el tiempo de sueño con los barbitúricos; se cree debido a que bloquea la liberación de noradrenalina, adrenalina y dopamina en el tronco cerebral.

. Se ha descrito aumento de incidencia de síndrome neuroléptico maligno, por causas que se desconocen , en la combinación de litio y antipsicóticos.

. Puede producir cambios electrocardiográficos, incluso aplanamiento o inversión de la onda T, que tienden a confundirse con cambios isquémicos durante el preoperatorio.

. Es importante vigilar la concentración plasmática de Na^+ , ya que a mayor concentración plasmática de Na^+ existirá menor cantidad de litio en plasma y viceversa. Se tratará de evitar la deshidratación e ir con cuidado en las dietas bajas en Na^+ .

El riesgo de recaída (mania/depresión) tras la retirada de litio es muy alta, especialmente en el periodo inmediato tras la discontinuación. Es más peligrosa la retirada de Litio que la del tratamiento antidepresivo según la experiencia registrada en la literatura. Respecto a la actuación en el preoperatorio, en la literatura se encuentran dos tendencias. Una recomienda la supresión de litio dos días antes de la operación y su reinicio cuando el individuo recupere la ingesta completa. Otra aconseja mantener el tratamiento hasta el día de la intervención, vigilando la función renal y el balance hidroelectrolítico, teniendo en cuenta las interacciones citadas anteriormente, que es lo que se puede realizar en la práctica clínica actual, valorando como siempre la relación riesgo/beneficio.

2.4.c.2- Valproato

El ácido valproico se utiliza habitualmente como sal sódica. Además de anticonvulsivante es antimaníaco y eutimizante. El efecto más grave es la hepatotoxicidad. Es teratogénico.

Puede potenciar la acción de depresores como el alcohol, las benzodiazepinas o los barbitúricos. No está indicada su supresión sistemática previa a la intervención quirúrgica.

2.4.c.3 Carbamazepina

Se absorbe por vía oral y se metaboliza en el hígado. Se usa como eutimizante y antimaníaco. Se utiliza también en el tratamiento del dolor neuropático. Es un poderoso inductor hepático, de modo que acelera el metabolismo de muchos otros fármacos como fenitoina, anticonceptivos orales, warfarina, corticoides, etc. Tiene una acción dosis

dependiente inhibidora de la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular. Pacientes que toman carbamazepina presentan resistencia a los relajantes musculares no despolarizantes (excepto mivacurio y en menor medida atracurio), evidenciada por la rápida recuperación y la necesidad de dar dosis m´sa elevadas para conseguir el bloqueo. El metabolismo del vecuronio está aumentado, por lo que se disminuye mucho su acción. Existe una regulación al alza, aumentando el número de receptores de acetilcolina, lo que puede explicar la hipersensibilidad en estos pacientes al suxametonio. Existe el riesgo potencial de hiperpotasemia con suxametonio con la elevación de receptores de acetilcolina en la placa motora. Si esto ocurre se contraindica su uso y el relajante muscular de elección sería el mivacurio. No está indicada la supresión sistemática de este medicamento antes de la intervención quirúrgica.

2.4.c.4- Lamotrigina

Utilizado como eutimizante con efectos deprsivos. Se absorbe muy bien por vía oral y se elimina fundamentalmente por el hígado. Los principales efectos secundarios son reacciones de hipersensibilidad, especialmente cutáneas. El halotano reduce el efecto de la lamotrigina. No está indicada la supresión sistemática de dicha medicación previa a la intervención quirúrgica.

2.4.c.5- Gabapentina

Análogo del GABA. Se absorbe por vía oral y no se metaboliza, excretándose por la orina de forma inalterada. Prácticamente sin interacciones con otros fármacos, incluidos los anestésicos. Se está estudiando como eutimizante y en la actualidad se utiliza básicamente como ansiolítico y también en el dolor neuropático. No se indica su supresión preoperatoria.

2.4.c.6- Topiramato

Se absorbe por vía oral y se excreta por el riñón de forma inalterada. Su acción inhibidora

de la anhidrasa carbónica aumenta el riesgo de litiasis. Es teratogénico. No se han descrito interacciones con fármacos que se utilicen en anestesia. A veces produce cuadros paradójicos de agitación. No está indicada su supresión preoperatoria.

2.4.d- ANSIOLÍTICOS

Dentro de los ansiolíticos destacan las benzodiacepinas ampliamente conocidas y utilizadas en anestesia, y la buspirona.

2.4.d.1- Benzodiacepinas

Se absorben por vía oral, se unen a las proteínas plasmáticas y su alta solubilidad hace que muchas de ellas se acumulen gradualmente en la grasa corporal. Potencian los fármacos depresores del SNC, como barbitúricos y otros anestésicos, requiriéndose menos dosis a la hora de hacer la inducción anestésica. No afectan la potencia ni la duración del bloqueo neuromuscular. Si se suspenden debe hacerse de manera progresiva y en función de su vida media con mucha precaución, pues tanto la supresión como la disminución de la dosis puede provocar sintomatología abstinencial que puede desembocar en un cuadro de delirio, delirium y en algún caso fallecimiento del paciente. El tratamiento con flumazenilo puede provocar sintomatología abstinencial en individuos predispuestos.

2.4.d.2 Buspirona

Agonista de los receptores 5HT_{1A}. Se absorbe por vía oral y los efectos ansiolíticos tardan días o semanas en aparecer. No se han descrito interacciones con fármacos utilizados en anestesia. No está indicada su supresión sistemática preoperatoria.

3- ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL PEROPERATORIO Y POSTOPERATORIO

En este período se pueden presentar numerosas manifestaciones psicopatológicas. En muchos casos son problemas iniciados ya anteriormente pero que no se detectan hasta llegar a esta etapa. Los pacientes que presentan un alto grado de ansiedad preoperatoria suelen

presentar en el postoperatorio temores intensos de daño corporal, y los pacientes con baja ansiedad preoperatoria tienden a reaccionar con hostilidad y cólera en el postoperatorio. Las actitudes de pasividad y dependencia exagerada tenderán a retrasar la recuperación.

3.1- Efectos de la anestesia con implicaciones psiquiátricas

Puede suceder que el paciente recobre cierto nivel de conciencia durante la intervención. El uso de relajantes musculares impide que el paciente pueda moverse, constituyendo una situación de gran desamparo ante la imposibilidad de comunicarse. Los pacientes con antecedentes de alcoholismo y consumo crónico de benzodiazepinas tienen mayores posibilidades de presentar esta complicación, ya que su tolerancia a los agentes anestésicos es mayor.

Se ha descrito la neurosis traumática posquirúrgica tras dicha experiencia en la que destacan pesadillas repetidas en las que aparecen imágenes de una intervención quirúrgica, recuerdos intrusivos de dicha experiencia en la vigilia, ansiedad e irritabilidad, embotamiento emocional preocupación por la muerte y estado de hiperactivación vegetativa.

3.2 - Estados agitados y confusionales

La confusión postoperatoria puede ser la consecuencia de una anestesia prolongada o de períodos de hipoxia cerebral. Con frecuencia se tratará de estados confusionales transitorios que podrán resolverse tranquilizando al paciente y ayudándole a orientarse con explicaciones claras y sencillas. La consulta al psiquiatra está justificada cuando aparezcan síntomas que indiquen mayor gravedad como son la confusión diurna, la existencia de delirios o alucinaciones y la agitación, debiéndose realizar el diagnóstico diferencial del delirium o cuadro confusional para un mejor manejo. Diversos estudios muestran la dificultad de los médicos no psiquiatras para realizar el diagnóstico diferencial del delirium con otros trastornos psiquiátricos, con una tendencia a diagnosticarlo como psicosis

funcionales o trastornos de la personalidad. Este hecho es preocupante dado que el delirium puede ser fatal y a la vez potencialmente reversible, por lo que su detección y correcto tratamiento son prioritarios. La prevalencia de delirium en estudios prospectivos se sitúa entre un 7 y un 15%. En la tabla se aprecian los factores de riesgo asociados a la presentación del delirium posquirúrgico.

Tabla. Factores de riesgo asociados a la presentación del delirium posquirúrgico

- **FACTORES PREOPERATORIOS**

Edad avanzada (>50 años)

Estados demenciales

Enfermedad renal crónica

Alteraciones circulatorias y coagulopatías

Anemia

Neoplasia

Consumo y abstinencia de tóxicos

Antecedentes de delirium previo

- **FACTORES INTRAOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS**

Tipo de cirugía: cardíaca, quemados, oftalmológica, transplantes

Fármacos: anticolinérgicos, narcóticos, corticoides, benzodiacepinas, etc

Tiempo de duración de la anestesia

Hipotensión, hipercapnia, hipoxia e hipovolemia intraoperatorias

Deprivación de sueño, deprivación sensorial

Alteraciones metabólicas del postoperatorio

Fiebre, infección

Complicaciones cardíacas, pulmonares y abdominales

La corrección de posibles desequilibrios metabólicos, el tratamiento de procesos infecciosos, una buena monitorización de los fármacos que esté recibiendo el paciente y en general la corrección de cualquier otra causa implicada en la aparición de delirium constituyen el tratamiento específico del mismo. Con frecuencia y como tratamiento sintomático los antipsicóticos son los fármacos de elección para aquellos pacientes con síntomas predominantemente psicóticos y confusionales. El haloperidol es uno de los más utilizados.

. En ocasiones, se planteará la necesidad de tener que trasladar a un paciente a la unidad de psiquiatría, sobre todo cuando se presente una gran alteración del comportamiento que requiera de una mayor contención y que, en general, podrá ser mejor manejada en la unidad de psiquiatría que en la de cuidados posquirúrgicos

- Depresión en el período postoperatorio: Es importante saber cuándo hay que realizar la consulta al psiquiatra. Ante un paciente que presenta ideas o comportamiento suicidas, afectación profunda del humor junto con otros indicativos clínicos de trastorno depresivo, inhibición o inquietud evidentes – incluyendo el paciente agitado y con heteroagresividad-, estará indicada la consulta al especialista.

Cuando la vía de administración oral no es posible se puede utilizar el metilfenidato por vía sublingual de forma temporal. La terapia electroconvulsiva será en ocasiones el único tratamiento posible.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Janowsky E, Risch C. Effects of anaesthesia on patients taking psychotropic drugs. *J Clin Psychopharmacol* 1981; 1:14-20
- 2- Kudoh A, Takare H, Takazawa T. Effect of preoperative discontinuation of antipsychotics in schizophrenia patients on outcome during and after anaesthesia. *Eur J Anaesth* 2004;21:414-416

- 3- Chick ME. Anesthetic implications for the surgical patient prescribed psychotropic medications. *CRNA* 1992;3:119-123
- 4- Kris L, Jansen M, Malefit J, Egberts G. Relationship of serotonergic antidepressants and need for blood transfusion in orthopaedic surgical patients. *Arch intern Med* 2003;163:2354-2358
- 5- De Baerdemaeker, Audeanaert, Peremans. Anaesthesia for patients with mood disorders. *Current opinion in Anaesthesiology* 2005, 18:333-338
- 6- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) atryproject. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:21-27
- 7- Cavanagh J, Smyth R, Goodwin GM. Relapse into mania or depression following lithium discontinuation: a 7-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:91-95
- 8- Schatzberg AF. Antidepressant discontinuation syndrome: An update on serotonin reuptake inhibitors- Introduction *J Clin Psychiatry* 1997; 58:3-4
- 9- Kudoh A, Katagai H, Takazawa T. Antidepressant treatment for chronic depressed patients should not be discontinued prior to anesthesia. *Can J Anaesth* 2002;49:132-136
- 10- Kudoh A, Takase H Takazawa T. Chronic treatment with antipsychotics enhances intraoperative core hypothermia. *Anesth Analg* 2004;98:111-115
- 11- Sternbach H. The serotonin syndrome. *Am J Psychiatry* 1991;148:705-713
- 12- Soler Insa PA, Gascón J. Recomendaciones terapeuticas en los trastornos mentales. 3ª edición. Editorial Ars Medica. 2005
- 13- Rojo JE, Cirera E. Interconsulta psiquiatrica. 1997. Editorial bibliostm
- 14- Huyse, Touw, Van Schijndel, et al. Psychotropic drugs and the perioperative period: a proposal for a guideline in elective surgery. *Psychosomatics* 2006;47:8-22