

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:

maripilar.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

una u otra manera, y el institucional de las grandes sociedades científicas nacionales y otras asociaciones ha sido fundamental en este proceso.

Los últimos meses han estado marcados por grandes hitos en nuestro crecimiento. El 2 de marzo de 2016 se celebró en Vitoria-Gasteiz el I Encuentro de Residentes de Psiquiatría en nuestro país (durante el XXIV Curso de Actualización en Psiquiatría), con una participación notable y entusiasta, y un nivel científico excelente. Este encuentro fue una gran ocasión para que residentes de toda España pudiéramos conocernos y aprender aspectos sobre investigación de la mano de profesionales jóvenes con prestigio reconocido; demostró además la capacidad que los residentes tenemos de unirnos para lograr ser más protagonistas y organizadores de nuestra formación, apoyándonos para adquirir mayor conocimiento de temas que pueden quedar relegados en la realidad docente de muchos hospitales.

Por otra parte, entre el 12-15 de marzo un pequeño grupo de socios de la SERP disfrutamos de unas jornadas memorables en el *24th European Congress of Psychiatry* en Madrid. Además de aprender de grandes expertos internacionales en simposios y conferencias magistrales, el congreso fue la ocasión para la primera asamblea general electiva que, contando también con la participación delegada de socios distantes del lugar, renovó la junta directiva. En Madrid pudimos conocer a más residentes de toda España, y contagiarles nuestro entusiasmo para que se sumaran al proyecto. Otro aspecto muy destacable fue el contacto que allí hicimos con numerosos residentes de psiquiatría de los más diversos puntos del continente, muchos de los cuales son directivos o están integrados en la *European Federation of Psychiatric Trainees* (EFPT, <http://www.efpt.eu>), que en esos días presentó un resumen de sus proyectos en favor de la cohesión y mejora de la formación de los residentes de toda Europa. Todos ellos se han mostrado muy interesados en la inclusión de España en la federación, y han apoyado nuestros esfuerzos; desde luego, tenemos mucho que aprender de estos colegas, y poco a poco también debemos aportarles nuestros conocimientos, experiencias y la energía que como a españoles nos caracteriza. En la actualidad somos miembros observadores de la federación, pero muy pronto tendremos la posibilidad de integrarnos de forma plena; en todo caso, la perspectiva europea es un aspecto fundacional de nuestra sociedad: no dejar de mirar y dejarnos mirar por Europa es uno de nuestros grandes objetivos, que ha quedado reforzado en este mes.

Ha sido para nosotros un motivo de orgullo la importante difusión que está teniendo nuestra guía para futuros residentes, que ha resultado innovadora en el ámbito médico de nuestro país y está ayudando a que muchos recién aprobados estudiantes de MIR tomen su decisión por una plaza de psiquiatría en los hospitales españoles. De nuevo, y sobre todo en estas próximas semanas de decisión final y primeros pasos en la especialidad, la SERP estará abierta de par en par para apoyar a todos aquellos que opten por seguir este camino.

Somos una sociedad formada por personas con creciente experiencia, y en estos primeros pasos ha habido cabida a pequeños errores y puntos de mejora. Estamos para aprender de los aciertos y de los errores, y pretendemos

escuchar todas las sugerencias y críticas constructivas para lograrlo.

A día de hoy, la SERP mantiene viva y joven su ilusión. La junta directiva electa ya ha mantenido su primera reunión oficial y tenemos numerosos proyectos a corto, medio y largo plazo en marcha, como iremos anunciando. De nuevo queremos agradecer a todos los que nos han apoyado y apoyan en este empeño. Seguiremos trabajando por hacer cada día más efectivo nuestro ideal.

Pueden consultar más información sobre nuestra sociedad, y ser atendidos por nuestro equipo a través de nuestra web: <http://www.serpsiquiatria.org>

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro profundo agradecimiento a la Sociedad Española de Psiquiatría y a la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica por su apoyo inestimable en el desarrollo de nuestros objetivos y en la consecución de los logros explicados en el artículo.

Bibliografía

1. Núñez-Morales NI, San Román-Uría A, Hervías-Hervías P, Gómez-Coronado-Suárez de Venegas N, Vallejo-Valdivielso M, Sevillano-Benito I, et al. Una breve historia de la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría. *Psiquiatr Biol.* 2016;23: 1-3.

Víctor Pereira Sánchez^{a,j,*}, Nuria Isabel Núñez Morales^{b,j}, Alberto San Román Uría^{c,j}, Nieves Gómez-Coronado Suárez de Venegas^{d,j}, Carlos Gómez Sánchez-Lafuente^{e,j}, Patricia Hervías Higuera^{f,j}, Alba Toll Privat^{g,j}, Julia Cambra Almerge^{h,j} y Gregorio Montero-González^{i,j}

^a *Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España*

^b *Unidad de Psiquiatría, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

^c *Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España*

^d *Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

^e *Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España*

^f *Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. R. Lafora, Madrid, España*

^g *Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

^h *Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

ⁱ *Hospital Psiquiátrico de Zamudio, Red de Salud Mental de Bizkaia, Bilbao, Vizcaya, España*

^j Junta Directiva de la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría (SERP)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victorsanchez@gmail.com
(V. Pereira Sánchez).

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.2016.05.002>

¿Estamos considerando el intervalo QTc de nuestros pacientes?



Are we considering the QTc interval of our patients?

Sr. Director:

El síndrome del QT largo (SQTL) es una alteración cardíaca causada por un alargamiento de la fase de repolarización del potencial de acción ventricular¹. El intervalo QT corregido por la frecuencia cardíaca (QTc) prolongado ha demostrado ser un indicador pronóstico para el desarrollo de una forma especial de taquiarritmia ventricular maligna (*torsades de pointes* o torsión de puntas), que implica riesgo de muerte súbita². No existe un valor de corte único, a partir del cual sea clara la aparición de riesgo de eventos cardiovasculares, aunque valores superiores a 450-500 ms son considerados de alto riesgo para los mismos²⁻⁴.

Sabemos que varios psicofármacos (antipsicóticos, anti-depresivos, litio) producen alargamiento del QTc, algunos, como los antidepresivos tricíclicos, como efecto de clase^{1,3}, otros, como el haloperidol intravenoso, por contar con amplísima documentación. Sabemos, también, que determinadas características clínico-epidemiológicas actúan como factores de riesgo para dicha prolongación (edad avanzada, sexo femenino, polifarmacia)⁵.

Si bien es cierto que en el caso del citalopram y escitalopram, las alertas generadas por las agencias reguladoras en 2011 ocasionaron una alarma, tal vez excesivamente importante, que podría llevar a actitudes de prescripción más cercanas a la medicina defensiva, como se señala en el artículo especial «Citalopram, escitalopram y QT largo: ¿alerta o alarma?» y que parece sensato (y está suficientemente basado en la evidencia) el limitar la alarma con ambos fármacos a pacientes con historial de síncope o a casos de intoxicación, recomendando los autores practicar un electrocardiograma solo a pacientes de edad avanzada¹. Consideramos de gran utilidad la URL reseñada en este mismo artículo, asociada a la American Medical Association, que mantiene actualizado un listado por grupos de riesgo con relación a la capacidad de todos los fármacos de prolongar el QT: <http://www.azcert.org/medical-pros/drug-lists/drug-lists.cfm>.

Otros autores consideran que la realización de un electrocardiograma previo y posterior a la administración de cualquier psicofármaco que pueda alargar dicho intervalo

(monitorización del intervalo QTc) es una recomendación que se podría considerar beneficiosa en términos generales, independientemente de otros factores como la edad^{2,5}. La OMS se posiciona de modo similar, en grado de recomendación, en lo que se refiere al uso de antipsicóticos, señalando que en algunos países esta recomendación deviene en obligación (como ocurre en el caso del haloperidol), incidiendo en historiar antecedentes familiares de muerte súbita y personales de síncope sin filiar⁶.

Los autores consideramos, pues imprescindible, la realización de esta medida de control en el caso de fármacos como haloperidol intravenoso o sertindol, resultando muy conveniente la reflexión sobre el uso de los procedimientos técnicos de los que disponemos (en este caso la realización de un ECG en otras situaciones clínicas que impliquen fármacos que prolonguen el intervalo QTc), como tarea ineludible que impone la ética, al hilo de las reflexiones publicadas recientemente por Lolas-Stepke en esta misma revista⁷; considerando además lo asequible, incruento y accesible de realizar un electrocardiograma, para cuya práctica resulta factible incluso la coordinación con atención primaria de salud, que además entendemos facilita la asunción conjunta de responsabilidades asistenciales en beneficio del objetivo común: la asistencia eficaz e integral al paciente.

Bibliografía

1. Álvarez E, Vieira S, García-Moll X. Citalopram, escitalopram y QT largo: ¿alerta o alarma? *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7: 147-50.
2. Araujo A, Curbelo A, Pardiñas F, Romano S. Implicancias de la medición del intervalo QTc como estudio de rutina en la práctica psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Urug.* 2012;76:11-24.
3. Van Noord C, Straus SM, Sturkenboom MC, Hofman A, Aar-noudse AJ, Bagnardi V, et al. Psychotropic drugs associated with corrected QT interval prolongation. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29:9-15.
4. Herrero-Hernández R, Cidoncha-Gallego M, Herrero-de Lucas E, Jiménez-Lendínez M. Haloperidol por vía intravenosa y torsade de pointes. *Med Intensiva.* 2004;28:89.
5. Al-Khatib SM, LaPointe NM, Kramer JM, Califf RM. What clinicians should know about the QT interval. *JAMA.* 2003;289:2120-7.
6. Medicamentos utilizados en los trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS, 2010. p. 9.
7. Lolas-Stepke F. Trends and clinical need of ethical principles. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:1-2.