

# TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN EL PACIENTE RENAL CRONICO

*Dr. Pedro Eva Condemarin*

*Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

En un hospital general es posible encontrar representada prácticamente toda la patología psiquiátrica, la que se puede clasificar para fines prácticos en trastornos psíquicos endógenos, exógenos y psicógenos.

Los **cuadros endógenos** están primariamente determinados por factores de tipo constitucional siendo muy probablemente manifestaciones de trastornos a nivel de la neurotransmisión. Si bien la esquizofrenia, paranoia y algunas depresiones y manías, enfermedades incluidas en este grupo, no guardan una relación causal con las patologías más propias de un contexto médico-quirúrgico, son de tener en cuenta por plantear dilemas de diagnóstico diferencial con trastornos que sí la tienen. por dificultar la semiología de la patología somática que ha motivado el ingreso y por ser motivo ocasional de conductas alteradas en la sala.

Los **trastornos exógenos** son expresión de la acción de un fármaco o de un desequilibrio metabólico transitorio sobre el sistema nervioso central o de una lesión estructural permanente del cerebro (11). La manifestación clínica de estos cuadros es sindrómica (**delirium** en las perturbaciones agudas, **demencia** en los daños crónicos), no pudiéndose determinar el agente causal a partir sólo de la sintomatología psiquiátrica. Anormalidades en los niveles de uremia y glicemia alteraciones hidroelectrolíticas, desequilibrios en el procedimiento dialítico, infecciones y algunos fármacos habitualmente prescritos son algunas de las etiologías posibles de una reacción exógena en el paciente renal crónico.

Los **cuadros psicógenos** aparecen como respuesta a situaciones psicotraumáticas y conflictos intra-

psíquicos o interpersonales. Estas reacciones emocionales son observables en el paciente renal crónico motivadas por ejemplo, por la pérdida de la función corporal, la dependencia de la máquina y del equipo profesional, las restricciones dietéticas, el riesgo de muerte y las limitaciones que la enfermedad ha impuesto en el proyecto de vida (10). Alrededor del 25% de los enfermos presentan durante su evolución reacciones psicógenas de ansiedad clínicamente significativas, tendiendo ellas a predominar durante las primeras sesiones de diálisis o cuando aparecen complicaciones, y en general son expresión de dificultades en la adaptación al procedimiento (8).

Los **trastornos de la personalidad**, anormalidades en el modo de ser y vincularse con uno mismo y los demás, no constituyen enfermedades mentales en sentido estricto, pero tienen relevancia clínica al favorecer la aparición de conductas desadaptativas y reacciones emocionales anormales frente al tratamiento o en sus relaciones con el equipo profesional. La personalidad del paciente, especialmente cuando ésta presenta rasgos anormales, debe determinar el modo como entendemos, nos comunicamos y contactamos con el enfermo de tal manera de optimizar la calidad de la relación médico-paciente. La necesidad de depender de otros, por ejemplo, una de las principales dificultades a enfrentar durante una diálisis crónica, será vivida de forma muy distinta dependiendo de la estructura de personalidad del enfermo (7) y el profesional tendrá que estimular, permitir o poner límites a esa necesidad según sea conveniente para los objetivos terapéuticos.

La anterior clasificación no debe entenderse sin embargo como compartimentos estancos, pues las investigaciones sobre la etiología y patogenia de los trastornos psíquicos durante la hemodiálisis muestran claramente que casi siempre hay una interacción entre

factores somáticos y psicológicos en la aparición, desarrollo y configuración del cuadro (8). Así por ejemplo, una perturbación de clara causa orgánica puede verse modificada en alguna medida por la estructura de la personalidad, el nivel intelectual y educacional, el estado emocional, la calidad de las relaciones interpersonales y la situación social del paciente (11) y se ha podido también constatar la existencia de una relación entre la presencia de reacciones emocionales intensas y la aparición de complicaciones en el shunt (7)(17). Por otra parte, a la personalidad y a una historia psiquiátrica previa no debe atribuírseles un seguro valor predictivo de la ocurrencia de trastornos psíquicos durante la hemodiálisis, pues no lo tienen (8).

Todo profesional de la salud opera con un concepto implícito de lo que estima debe ser el comportamiento «normal» del paciente durante su enfermedad y frente al tratamiento, y no es infrecuente que a partir de eso emita un juicio de valor sobre la persona a su cargo. Basado sólo en lo más habitualmente observado, en lo que estima sería su propia forma de reacción, o en lo que facilita o dificulta su actividad, puede olvidar que en esto hay legítimas diferencias individuales, y que hasta hoy no se ha podido precisar una norma que defina claramente cuál es la conducta normal y cuál la anormal ante el enfermar y el riesgo de muerte.

Z.J. Lipowski señala como determinantes de la reacción psicológica individual del paciente, que pueden explicar y ayudar a comprender su particular forma de actuar, los siguientes:

- a) Factores intrapersonales: Variables biológicas (edad, sexo, constitución) y variables psicológicas (personalidad, biografía, experiencia con enfermedades propias y ajenas);
- b) Factores interpersonales: Naturaleza y calidad de las relaciones del paciente con otras personas, especialmente la familia y el equipo de salud, antes y durante la enfermedad;
- c) Factores relacionados con la patología: Características espacio-temporales de la enfermedad y el significado subjetivo que ella tiene para el

paciente en relación a su historia, conocimientos, valores y capacidad adaptativa;

- d) Factores socioculturales y económicos: Valores, creencias y actitudes en relación a la salud y la enfermedad o ante el sistema sanitario y su personal, compartidos por los miembros del grupo social; dificultades financieras causadas por la enfermedad y su tratamiento;; posibilidad de indemnizaciones o existencia de contiendas judiciales relacionadas con la enfermedad;
- e) Factores ambientales: Aspectos físicos del medio en que el paciente se encuentra durante la enfermedad; calidad y cantidad del *input* sensorial (13).

## DELIRIUM

Síndrome psicoorgánico confusional agudo caracterizado por la presencia de: Trastorno de la conciencia (desde obnubilación a coma), déficit de la atención (disminución de la capacidad para focalizar, mantener o desplazar la atención), desorientación en el tiempo (en los casos graves también en el espacio y de personas), deterioro de la memoria inmediata y reciente, alteraciones de la psicomotilidad (hipo o hiperactividad con cambios bruscos de un estado al otro), trastornos del ciclo sueño-vigilia (insomnio, inversión del ciclo, pesadillas), trastornos emocionales (depresión, ansiedad, temor, irritabilidad, euforia, apatía, perplejidad), ilusiones y alucinaciones predominantemente visuales, ideas deliroides pasajeras e incoherencia (16).

El delirium tiene habitualmente un comienzo brusco, es de intensidad fluctuante durante el día y característicamente tiende a agravarse hacia la tarde y la noche. Por definición este síndrome es transitorio, pero la intensidad o mantención del agente causal pueden determinar una evolución hacia la demencia al provocar ya no sólo una alteración metabólica sino estructural de sistema nervioso central. Frecuente es también la superposición de un delirium a una demencia preexistente (11).

El tratamiento del delirium es el de la perturbación que lo está generando. Para el manejo sintomático conviene evitar tanto la sobrestimulación como el

---

aislamiento del paciente. El contacto con él debe ser tranquilizador hablándole en términos simples, concretos con frases breves, reiterándole lo dicho. Hay que asegurar la observación frecuente o continua del enfermo, especialmente durante la noche. Se debe evaluar la necesidad de utilizar algún medio de contención física. Los fármacos de elección para el control de un paciente delirioso agitado son el haloperidol (2.5-5 mg i.m.) y el lorazepam (2-4 mg i.m.), los que pueden también ser administrados en forma conjunta (5).

### **ENCEFALOPATIA UREMICA**

Se ha reportado que alrededor del 18% de los pacientes en hemodiálisis crónica presentan cuadros psicóticos agudos durante su evolución (7).

Trastornos leves e inespecíficos del funcionamiento psíquico (malestar, irritabilidad, oscilaciones del estado de ánimo, dificultades episódicas en la concentración y memoria, fatiga mental, insomnio, anorexia) pueden ser las primeras manifestaciones en los estadios precoces de una encefalopatía urémica (7).

Al intensificarse el cuadro se evidencia un marcado trastorno de la memoria, apareciendo episodios de franca desorientación y confusión que alternan con períodos lúcidos y conducta normal. La actitud predominante del paciente es de indiferencia y apatía, pero es posible también que presente inquietud o una conducta beligerante. El estado de ánimo básico es depresivo o angustiado, inhibido o agitado. Hay temores paranoídeos y alucinaciones fugaces de contenido terrorífico. El paciente puede presentar temblor, fasciculaciones, mioclonias o convulsiones. Con la mejoría aparece una amnesia lacunar o completa del período en que hubo desorientación y confusión (1)(8).

Los primeros síntomas de una encefalopatía urémica pueden ser erróneamente diagnosticados como neurosis. Las anomalías en la comprensión y memoria sin una todavía clara alteración de la conciencia pueden hacer pensar en una demencia.

Ocasionalmente el cuadro toma apariencia esquizofreniforme, paranoide o maníaco-depresiva, planteando la necesidad de un diagnóstico diferencial (8) (14).

La frecuencia e intensidad de la perturbación mental aumentan a medida que hay una mayor elevación de la uremia, pero no existe una relación lineal, probablemente porque juegan también algún rol etiológico la uricemia, los trastornos hidroelectrolíticos, del equilibrio ácido-base o de la osmolaridad. Con la diálisis se obtiene mejoría de los síntomas, pero a veces hay un período de latencia hasta que esa evolución favorable se hace evidente. Si el procedimiento dialítico es muy agresivo se observa un empeoramiento del cuadro clínico (14). El tratamiento sintomático es el de los estados con fusionales agudos (delirium).

### **DEMENCIA**

Síndrome cerebral orgánico, habitualmente crónico y progresivo, caracterizado por una disminución adquirida de las capacidades intelectuales de intensidad suficiente como para alterar las actividades cotidianas y el rendimiento social y laboral de un paciente. Constituyen el síndrome las alteraciones de múltiples funciones corticales superiores como memoria, pensamiento, comprensión, orientación, lenguaje, cálculo y aprendizaje. El déficit cognoscitivo se acompaña de un deterioro del control emocional, de una merma en la motivación y de alteraciones en la conducta social (16). Hay un empobrecimiento de la personalidad y alteraciones o acentuaciones desadaptativas de los rasgos de carácter habituales en el paciente (11). No es propio del síndrome demencial el compromiso de conciencia, de modo que su presencia debe orientar hacia la existencia de un cuadro agudo, eventualmente sobreagregado.

Los déficits cognitivos y la atrofia cerebral son comunes en pacientes crónicamente dializados, pero no hay una clara correlación entre ambos hallazgos y tampoco entre éstos y la duración de la diálisis o de la falla renal (18).

Una brusca intensificación o un aumento de la velocidad de progresión de los signos de organicidad pueden ser señal de la ocurrencia de una hemorragia cerebral, un trastorno convulsivo, un desequilibrio dialítico o una demencia por diálisis, alternativas que deben ser excluidas al notarse tan rápido cambio en la evolución (19).

## **DEMENCIA POR DIALISIS**

Severo síndrome psicorgánico con síntomas psicóticos y rápidamente progresivo, que aparece en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica, atribuido a toxicidad por aluminio.

El comienzo es insidioso con sutiles cambios de la «personalidad, déficit de memoria, labilidad emocional, retraimiento, irritabilidad y disartria. El paciente se muestra apático, angustiado o deprimido (1). Los episodios con ideación paranoide y alucinaciones visuales son frecuentes. El cuadro evoluciona con intensificación de las alteraciones de la memoria y el lenguaje mutismo, confusión, mioclonías, ataxia, crisis epilépticas generalizadas y muerte (8).

El registro electroencefalográfico muestra descargas delta multifocales sobre un trazado de base relativamente normal, lo que sería sugerente pero no patognomónico, de la condición (18).

Las benzodiazepinas en bajas dosis son beneficiosas para tratar la agitación. Los antidepresivos heterocíclicos no han sido eficaces para tratar la depresión observada en estos pacientes (1).

## **DEPRESION**

Un trastorno depresivo puede ser endógeno exógeno o psicógeno.

El paciente deprimido tiene un aspecto preocupado y cansado, su farsia es triste, se observa descuido en su presentación personal, el lenguaje y los movimientos son lentos y escasos, aunque a veces hay inquietud y agitación.

Lo nuclear es una tristeza vital y profunda (pero pueden manifestarse también otros estados emocionales como ansiedad, irritabilidad u hostilidad) y anhedonia, que es la incapacidad para obtener y experimentar placer.

Hay pérdida de interés en el contacto interpersonal y por los sucesos del ambiente. El pensamiento gira en torno a temas de matiz pesimista y recuerdos de experiencias negativas. La ideación e intención suicidas son frecuentes. Aparecen indecisión, autorreproches y, en algunos casos, dudas de tipo obsesivo o ideas deliroides de culpa, ruina e hipocondría.

El trastorno afectivo se acompaña de dificultades en la atención, concentración y memoria, con una disminución de los rendimientos que puede llegar hasta la incapacidad para realizar cualquier actividad.

Las manifestaciones de la depresión a nivel somático son múltiples y en ocasiones tienden a dominar el cuadro clínico, relegando a un segundo plano los síntomas psicológicos: insomnio o hipersomnia, astenia, anorexia o bulimia, pérdida o ganancia de peso, cefaleas y dolores musculares o articulares, amenorrea, sequedad de boca, meteorismo, estreñimiento o diarrea, sudoración nocturna, taquicardia y sensación de angustia precordial, disminución de la libido y disfunciones sexuales (20).

Para hacer el diagnóstico de una depresión en un paciente médico-quirúrgico lo más seguro es guiarse por los síntomas psíquicos (anhedonia pérdida de intereses, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de fracaso, culpa, ideación suicida) pues muchas de las manifestaciones somáticas del trastorno afectivo son también síntomas comunes en las enfermedades físicas.

En la tristeza normal, respuesta comprensible ante las frustraciones pérdidas y amenazas de la enfermedad, no se dan esas vivencias depresivas, no hay inhibición psicomotora, no se alteran los ritmos biológicos ni hay perturbaciones neurovegetativas. Errores del médico y del personal en esto son no

aceptar esa reacción normal, presionando al paciente a mostrarse alegre pese a su situación, o considerar que dadas las circunstancias cualquier trastorno del ánimo es natural pasando entonces por alto una depresión que requiere ser tratada.

En un corte transversal son muy semejantes algunos síntomas de la depresión y de las demencias, planteándose dificultades de diagnóstico diferencial.

## DEPRESION EN DIALISIS

El estado de ánimo deprimido es el síntoma psíquico más frecuente durante la diálisis crónica, estimándose una incidencia del 20 al 90%, con un promedio de alrededor del 40% (8). Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con alguna de las siguientes características: Edad avanzada, enfermedad severa, sin suficientes apoyos familiares y financieros, antecedentes personales o familiares de depresión, historia de abuso de alcohol (19).

En contraste con los reportes más antiguos que señalaban una alta frecuencia de depresión en los pacientes dializados, los estudios más recientes tienden más bien a afirmar que frecuentes son los síntomas depresivos, pero que una enfermedad depresiva con todas sus manifestaciones no se daría más en este grupo que en la población general (18)(19).

Los trastornos afectivos en el paciente renal crónico pueden corresponder a una reacción psicológica o ser la consecuencia directa de la patología orgánica (uremia, anemia, dolor, p.e) o del tratamiento farmacológico (antihipertensivos, corticoides, etc.).

En los intentos por definir distintas etapas en la adaptación a la hemodiálisis, la depresión reactiva se presentaría preferentemente tras el primer mes y durante el primer año de iniciado el procedimiento, reapareciendo posteriormente como respuesta emocional a nuevas complicaciones o dificultades psicosociales (8) (17). Preocupaciones hipocondríacas y transgresiones en el régimen pueden ser manifestaciones de esa depresión (7).

## SUICIDIO

Aunque la verdadera tasa de suicidio de los pacientes en diálisis no ha sido sistemáticamente establecida (18), hay consenso que ella es muy superior a la de la población general (15 veces según Surman (19)). Esto no es de extrañar si se considera que en este grupo se dan con frecuencia concomitantemente dos significativos factores de riesgo de una conducta suicida como son la presencia de un trastorno mental, especialmente una depresión y de una enfermedad somática de evolución crónica. Como cifras tentativas se ha estimado que en el curso de la evolución aparece ideación suicida en alrededor del 50% de los pacientes dializados, que entre el 3 y el 7% hacen un intento suicida y que el 1 o 2% muere por un suicidio consumado (8).

Si bien en algunos casos la falta de cooperación con las indicaciones médicas puede ser expresión indirecta de impulsos suicidas (8), no parece corresponder a la realidad dar esa interpretación a toda transgresión de las prescripciones sobre la dieta o la ingesta de líquidos (7).

La prevención de la conducta suicida comienza teniendo siempre presente que el riesgo existe y evaluando la intensidad del mismo para tomar las medidas que el caso requiera. Además de los factores generales ya señalados, mayor peligro habrá si hay ideación suicida, si ha habido intentos suicidas previos si se ha expresado el deseo de morir y si el cuadro se acompaña de intensa desesperanza y alto nivel de angustia. Este perfil de riesgo se obtendrá sacando a colación el tema (en forma delicada pero abierta) en las entrevistas con el paciente. Entre los suicidólogos es unánime la opinión que hablar con el paciente sobre una eventual intención auto-destructiva no sólo no hace surgir una idea hasta entonces inexistente, sino que tiene un valor preventivo al permitirle al paciente un mayor distanciamiento y control de su ideación, pudiendo compartir con un profesional receptivo su inquietud, y al permitir también a éste tomar las medidas terapéuticas que sean necesarias.

Si concluimos que el paciente presenta una situación de riesgo es conveniente solicitar la pronta evaluación de un psiquiatra, asegurándonos a través de un contacto directo con el colega y el compromiso explícito del paciente o sus familiares, que esta entrevista se realizará, siendo absolutamente insuficiente una vaga recomendación de consultar en psiquiatría.

El paciente con un cuadro exógeno con compromiso de conciencia puede presentar una conducta auto-destructiva (arrojamiento de altura no motivada realmente por un deseo conciente y deliberado de morir, sino como mero resultado de su desorientación espacial o de un intento de huida de una situación que percibe psicóticamente como amenazante. Este peligro debe tenerse presente en el manejo de un paciente confuso para tomar los resguardos necesarios.

### **RETIRO VOLUNTARIO DE LA DIALISIS**

Se ha informado que alrededor del 9% de los pacientes discontinúan voluntariamente su permanencia en un programa de diálisis, siendo la edad y el diagnóstico de diabetes las variables que más consistentemente se han relacionado con esta conducta (19).

La solicitud de ser retirado de un programa de diálisis puede ser la expresión de la necesidad del paciente de recibir más apoyo, seguridad o información de parte del equipo profesional, manifestación de un cuadro depresivo u otro trastorno mental, revelar una intención suicida; o corresponder a una petición racional de interrumpir un procedimiento médico que en algún sentido puede ser considerado como extraordinario.

Para algunos autores las altas tasas de suicidio atribuidas a los pacientes en diálisis estarán sobreestimando la prevalencia del fenómeno al no hacer la distinción entre un retiro racional del tratamiento de un acto propiamente suicida (18)

En las últimas décadas es el respeto a la autonomía del paciente el principio considerando fundamental

para decidir la eticidad de los actos médicos. Esto implica que debe aceptarse en algunas circunstancias que el paciente tome decisiones contrarias a las indicaciones terapéuticas. Requisito de tal aceptación es tener la seguridad que el enfermo está actuando en forma autónoma y competente, evaluándose previamente su estado cognitivo y afectivo. Para tal efecto debe descartarse que la solicitud esté motivada por una depresión u otra patología psiquiátrica y determinar si el paciente es capaz de un rechazo informado del tratamiento. Esto último exige evaluar el conocimiento y comprensión que el paciente posee en relación con su enfermedad, pronóstico y opciones terapéuticas; determinar que aprecia la naturaleza y consecuencias de la decisión que está tomando y que es capaz de dar las razones que la fundamentan (12).

### **DISFUNCION SEXUAL**

Alrededor del 60-90% de los pacientes renales crónicos refieren disminución o pérdida de la libido y potencia sexual. Estas disfunciones están frecuentemente multideterminadas por factores orgánicos, farmacológicos y psicológicos, reversibles e irreversibles, de contribución variable en cada caso.

Entre los determinantes orgánicos de una disfunción sexual en el paciente renal crónico están el compromiso del estado general, la atrofia testicular con disminución de los niveles de testosterona y el daño del sistema nervioso autónomo (7), persistiendo muchas veces el trastorno sexual a pesar de la diálisis o de un trasplante.

Hay también fármacos frecuentemente utilizados en este grupo de pacientes que son capaces de provocar una disfunción erectiva: ansiolíticos, antidepresivos, cimetidina, clonidina, digoxina, guanetidina, hidroclorotiazida, metildopa y propranolol.

Psicológicamente una disfunción sexual puede estar siendo motivada por una depresión, por los cambios que se han producido en los roles sociales del paciente, por alteraciones en la estructura y dinámica familiar o por conflictos conyugales (19). A favor de

la influencia de estos factores está el que no siempre hay una correspondencia clara entre el trastorno orgánico y la intensidad de la disfunción, observándose en cambio en esos casos una relación más directa de la perturbación con la existencia de un trastorno del estado de ánimo o de una discordia marital (7).

Las disfunciones motivadas psicológicamente y las causadas por un fármaco o un desequilibrio metabólico agudo pueden ser de aparición súbita, en cambio es característico de una neuropatía periférica un deterioro insidioso y progresivo de la función. Los trastornos de etiología orgánica tienden a ser globales perdiéndose también las erecciones reflejas nocturnas, mientras que las disfunciones psicógenas tienen la posibilidad de ser selectivas, apareciendo sólo ante algunas situaciones sexuales.

Las alternativas terapéuticas desde la posible remoción de un agente causal hasta un manejo psicológico formal a cargo de un especialista y las posibilidades de éxito serán diversas de caso a caso, pero siempre será útil que el médico evite eludir el tema y que entregue información y apoyo. Aún cuando no se pueda corregir la disfunción estará abierta la posibilidad de intentar optimizar la interacción de la pareja y mantener la intimidad (19).

En algunos pacientes es de observar una conducta masturbatoria compulsiva la que ha de entenderse como una manifestación de angustia (7)(17).

### **PRESCRIPCION DE PSICOFARMACOS EN EL PACIENTE RENAL CRONICO**

Toda indicación de psicofármacos, debe ser precedida por la formulación de un diagnóstico que la justifique, atendiendo muy especialmente a las posibles alternativas planteadas en un diagnóstico diferencial. Errores frecuentes son pasar por alto una depresión que se oculta tras temores hipocondríacos o una intensa sintomatología ansiosa, prescribiendo entonces sólo benzodiazepinas, o no detectar que el trastorno es debido a una causa exógena, donde lo primario debe ser la corrección de la alteración de base.

Salvo la coexistencia de otra patología (cardíaca p.e.), el tipo y las dosis de los psicofármacos utilizables en presencia de una enfermedad renal crónica no difieren grandemente de los habitualmente usados. Es necesario tener sin embargo en cuenta que el paciente urémico tiende a ser más sensible a los efectos anticolinérgicos y sedativos de los psicotrópicos, que son posibles algunas interacciones con otros medicamentos simultáneamente prescritos y que en general es preferible utilizar los fármacos de menor vida media de eliminación.

En las tablas siguientes se informan como orientación las dosis promedio de algunos psicofármacos de uso habitual, debiéndose en cada caso ajustar la prescripción a las condiciones y respuesta individuales del paciente (3)(9)(11)(19).

### **ANSIOLITICOS**

Las benzodiazepinas tienen metabolización hepática y aunque hay excreción renal de metabolitos activos no se considera en general necesario hacer cambios en la dosificación proporcionales a los cambios en la filtración glomerular ni modificaciones durante la diálisis (9), aunque se ha recomendado que las dosis habituales de clordiazepóxido y midazolam sea reducidas a la mitad (18).

En presencia de enfermedad renal crónica y en pacientes dializados todas las benzodiazepinas pueden provocar una sedación excesiva o manifestaciones de una encefalopatía tóxica (19), especialmente las de larga, vida media (3). En estos casos es preferible disminuir las dosis administradas antes que aumentar el intervalo entre ellas (9).

<b>Benzodiazepina</b>	<b>Vida media (hr)</b>	<b>Dosis (mg/día)</b>
Alprazolam	10-15	0.25-4.0
Brotizolam	2-5	0.125-0.5
Clonazepam	20-50	0.5-10
Clordiazepóxido	10-100	10-30
Diazepam	10-100	2-40
Flunitrazepam	20-30	1-4
Lorazepam	10-30	1-6
Oxazepam	5-25	10-60
Triazolam	2-5	0.125-0.5

## Interacciones

Las benzodiazepinas disminuyen los niveles plasmáticos de los anticoagulantes orales.

Diazepam y, posiblemente, también alprazolam, aumenta levemente la vida media y el nivel plasmático de la digoxina.

Antiácidos disminuyen la velocidad de absorción de diazepam y clordiazepóxido.

Cimetidina inhibe el metabolismo, aumentando el efecto, de alprazolam, clordiazepóxido diazepam y triazolam. Aunque puede aumentar la absorción de lorazepam, no inhibe su metabolismo, como tampoco el de oxazepam. Se ha recomendado usar famotidina o ranitidina si es necesario prescribir benzodiazepinas.

Propranolol puede reducir el clearance de diazepam, pero no afecta el de alprazolam o lorazepam. Este efecto no se ha descrito con atenolol.

Eritromicina aumenta el nivel plasmático y efecto del triazolam (2) (4).

## ANTIDEPRESIVOS

Primariamente metabolizados en el hígado y excretados a través del tracto gastrointestinal requieren pocos cambios en su dosificación durante la diálisis o en pacientes con patología renal en general (3) salvo que la filtración glomerular sea menor de 10 ml por minuto (9).

Los antidepresivos tienen efecto anticolinérgico y pueden causar retención urinaria. Es posible que provoquen sedación excesiva y agraven las irregularidades de la presión arterial (3).

Al prescribir antidepresivos tricíclicos conviene empezar con 25 mg del fármaco, y hacer incrementos de 25 mg en los días en que el paciente ha sido dializado, previa evaluación de la aparición de efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática u otros

efectos secundarios (19).

Fluoxetina presenta menos efectos secundarios que los antidepresivos clásicos, pero en el caso de los pacientes con importante compromiso de su función renal se recomienda disminuir y espaciar las dosis, p.e. sólo 10 mg día por medio (19), e incluso evitarla cuando la filtración glomerular es menor de 10 ml/min.

Antidepresivo	Vida media (hr)	Dosis (mg/día)
Amitriptilina	35-45	75-250
Fluoxetina	50-70	20-40
Imipramina	16-24	75-250
Maprotilina	30-50	75-150
Mianserina	10-17	30-90
Trazodona	5-8	50-300

## Interacciones

Los antidepresivos tricíclicos potencian ligeramente a los anticoagulantes cumarínicos.

El efecto antihipertensivo de guanetidina y clonidina es bloqueado por los antidepresivos tricíclicos. Hay dudas si lo mismo ocurre con metildopa. Fluoxetina y trazodona no presentan esta interacción.

Propranolol puede contrarrestar el efecto antidepresivo, es posible que inhiba el metabolismo de algunos de estos fármacos (maprotilina p.e.) y que se presente depresión miocárdica, disminución de la contractibilidad cardíaca y disrritmias. Esto último se ha descrito también con la administración concomitante de antidepresivos y lidocaína.

Cimetidina, pero no ranitidina ni famotidina, altera el metabolismo de amitriptilina, aumentando el efecto del antidepresivo, pero también su toxicidad.

Trazodona puede elevar el nivel plasmático de digoxina.

Ciproheptadina puede antagonizar el efecto antidepresivo de la fluoxetina (2)(4).

## ANTIPSICOTICOS

Son también metabolizados en el hígado y excretados primariamente a través del tracto gastrointestinal por lo que habitualmente no se requiere ajuste de su dosificación en pacientes con patología renal o en diálisis, pero pueden provocar hipotensión ortostática producir una excesiva sedación o confusión y, a través de su efecto anticolinérgico causar o agravar una retención urinaria (3)(9).

Antipsicótico	Dosis (mg/día)	
	Aguda	Mantenimiento
Clorpromazina	100-600	50-400
Haloperidol	5-40	1-20
Tioridazina	200-800	100-300

### Interacciones

Antiácidos, cimetidina y antidiarreicos pueden alterar la absorción de algunos antipsicóticos.

El efecto antihipertensivo de captopril, propanolol y metildopa puede aumentar cuando se coadministran con clorpromazina. Lo mismo ocurre al combinar haloperidol con propanolol. Por otra parte, el efecto antihipertensivo de guanetidina y clonidina puede verse reducido con el uso concomitante de clorpromazina. La asociación de clorpromazina y metildopa puede provocar tanto hipotensión como hipertensión.

Se ha descrito la aparición de delirium al coadministrar antipsicóticos y antihipertensivos y un síndrome demencial al combinar haloperidol y metildopa (2) (4).

Para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones psiquiátricas del paciente renal crónico en hemodiálisis es aconsejable una labor conjunta del internista y el psiquiatra. Requisitos de este trabajo en equipo son que el internista no se desentienda del paciente que ha derivado y que el psiquiatra no olvide su obligación de responder, verbalmente o por escrito las preguntas que se le han formulado.

Una comunicación fluida y respetuosa entre los especialistas facilita el trabajo de todos y optimiza el resultado de los esfuerzos terapéuticos en beneficio de nuestros pacientes.

## APENDICE I

### SINTOMAS PSIQUIATRICOS EN LOS TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS

**Deshidratación:** Confusión mental y desorientación. Delirium. Coma.

**Intoxicación hídrica:** Laxitud, alteración de la conciencia. Trastornos del estado de ánimo Delirium. Coma.

**Hiponatremia:** Confusión, letargia, estupor, convulsiones y coma. Irritabilidad, ansiedad intensa, cuadros de apariencia neurótica. Trastornos depresivos. Delirium. En hiponatremia crónica son observables cambios de la personalidad.

**Hipokalemia:** Debilidad, trastornos del ritmo del sueño. Apatía, depresión, angustia, irritabilidad. Cuadros de apariencia histérica. Ocasionalmente reacción orgánica aguda con desorientación, confusión, trastornos de la memoria, ideación paranoide y delirium.

**Hiperkalemia:** Astenia. Confusión, delirium. Las manifestaciones psiquiátricas son poco frecuentes.

**Hipocalcemia:** Ansiedad, hiperactividad, irritabilidad. Apatía, aislamiento, depresión. Confusión, desorientación, alteraciones de la memoria, delirium.

**Hipercalcemia:** Astenia, apatía, dificultades en la concentración. Trastornos depresivos y ansiosos. Confusión, estupor, coma. Delirium, especialmente cuando ha habido un aumento rápido de la calcemia, ideación paranoide.

**Hipomagnasemia:** Apatía, irritabilidad, cambios en la personalidad. Confusión, desorientación, delirium de comienzo súbito con conducta beligerante. Depresión.

**Hipermagnesemia:** Somnolencia, letargia. Delirium.

**Alcalosis:** Apatía, alteraciones de la memoria. Trastorno de la conciencia, estupor, delirium. Amnesia de los sucesos ocurridos durante la alteración.

**Acidosis:** Irritabilidad e inquietud. Progresiva

alteración cognitiva hasta estados confusionales y delirium (1) (11) (14) (15).

## APENDICE II EFECTOS PSICOTROPICOS DE MEDICAMENTOS COMUNES

**Anticolinérgicos:** Confusión, desorientación, delirium, alucinaciones.

**Antiinflamatorios no esteroideos:** Confusión, desorientación, dificultad de concentración, insomnio o somnolencia, trastornos depresivos, alucinaciones visuales, ideación paranoide.

**Aspirina:** Psicosis confusional. Síndrome catatónico en intoxicaciones.

**Benzodiacepinas:** Somnolencia, trastornos de la memoria, excitación paradójica con agresividad e ideación paranoide, depresión, alucinaciones.

**Betabloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos:** Trastornos depresivos, ansiedad, insomnio, pesadillas. Confusión, delirium, alucinaciones visuales (probablemente menos frecuentes con atenolol y nadolol).

**Cimetidina:** Somnolencia, confusión, desorientación. Cuadros depresivos e hipomaníacos. Delirium, ideación paranoide, agresividad, alucinaciones.

**Clonidina:** Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Alucinaciones.

**Costicosteroides:** Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Estados de euforia hasta cuadros hipomaníacos o maníacos. Insomnio, confusión, delirium, ideación paranoide, alucinaciones, síndrome catatónico.

**Digitálicos:** Confusión, desorientación, trastornos de la memoria, pesadillas, apatía. Delirium con ilusiones y alucinaciones visuales y auditivas. Irritabilidad, agitación, beligerancia, ideación paranoide. Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

**Eritromicina:** Confusión, desorientación, alucinaciones, ideación paranoide.

**Lidocaína:** Desorientación, delirium, alucinaciones, ideación paranoide.

**Metildopa:** Alteraciones de la memoria, pesadillas. Delirium, alucinaciones, ideación paranoide. Trastornos depresivos.

**Metoclopramida:** Labilidad emotiva, depresión intensa, estados maniacaes.

**Ranitidina:** Confusión, desorientación.

Trastornos depresivos. Reacciones agresivas.

**Vitamina D:** Trastornos depresivos en las intoxicaciones (1) (6) (11) (20).

## REFERENCIAS

- 1) Bierer BE: Síntomas psiquiátricos de enfermedades médicas y toxicidad por fármacos, en Hyman SE: Manual de urgencias psiquiátricas, Salvat, Barcelona, 1987.
- 2) Blackell B, Schmidt GL: Drug interactions in psychopharmacology. *Psychiatric Clinics NA* 1984; 7(3):625-637.
- 3) Boyer W., Chernow B, Lake CR: Psychopharmacology in the intensive care unit. *Psychiatric Clinics NA* 1984; 7(4): 901-907.
- 4) Ciraulo DA, Shader RI, Greenblatt DJ: Drug interactions in psychopharmacology, en Shader RI (Ed.): *Manual of psychiatric therapeutics* (2nd ed.), Little Brown Co., Boston, 1994.
- 5) Craig McKenna R: Delirium, en Flaherty JA, Davis JM, Janicak PG (Ed.): *Psychiatry* (2nd ed.), Prentice Hall, Norwalk, 1993.
- 6) Flaherty JA, Ward ME: Psychiatric complications of medical drugs, en Flaherty JA, Davis JM, Janicak PG (Ed.). *Psychiatry* (2nd ed.), Prentice: Hall, Norwalk, 1993.
- 7) Gaus E, Köhle K: Die Therapie der chronischen terminalen Niereninsuffizienz aus psychosomatischer Sicht: Hämodialyse und Transplantation en von Uexküll Th (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* (2. Aufl.), Urban Schwarzenberg, München, 1981
- 8) Götze P: Der chronisch nierenkranke Patient, en Kisker KP et al (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* 2 (3'. Aufl.), Springer Verlag Berlin - Heidelberg, 1966.

- 
- 9) Hershey SC, Hales RE. Psychopharmacologic approach to the medically ill patient. *Psychiatric Clinics NA* 1984; 7(4) : 803-816.
  - 10) Kaplan De -Nour A: Psychotherapy with patients on chronic haemodialysis. *Brit J Psychiatry* 119:197:
  - 11) Kaplan HI, Sadock BJ: *Compendio de Psiquiatría* (2a. ed.), Salvat, Barcelona, 1987.
  - 12) Lara MC, De la Fuente JR: Sobre el consentimiento informado. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108(5-6):439-444.
  - 13) Lipowski ZJ: Physical illness, the patient and his environment, en Arieti S (Ed.): *American handbook of psychiatry* (2nd ed.), Basic Books, New York, 1975.
  - 14) Lishman WA: *Organic psychiatry*, Blackwell Scientific Publ., Oxford, 1980.
  - 15). Martin MJ: Enfermedades somáticas que se manifiestan como trastornos psiquiátricos, en Usdin G, Lewis J (Ed.): *Psiquiatría en medicina general*, Salvat, Barcelona 1983.
  - 16) O.M.S.: 10a. Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) , Ed. Meditor, Madrid, 1992.
  - 17) Reichsman F, Levy NB. Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. *Arch Intern Med* 1972; 130:859-865.
  - 18). Stoudemire GA, Levenson JL: *Psychiatric consultation to internal medicine*, en Tasman A, Goldfinger SM, Kaufmann CA: *Review of Psychiatry Vol. 9*, American Psychiatric Press, Washington, 1990.
  - 19) Surman OS: Hemodialysis and renal trasplantation, en Cassem NH (Ed.) *Massachussetts general hospital handbook of general hospital psychiatry* (3rd ed.), Mosby Year Book, St. Louis, 1991.
  - 20) Vallejo J: Trastornos depresivos, en Vallejo J (Ed.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (3a. ed.), Salvat, Barcelona, 1991.