

Psicocirugía

Como una de las columnas de la [neurocirugía funcional](#), trata las enfermedades mentales, mediante cirugía psiquiátrica o cirugía del sistema límbico.

Definición

La psicocirugía es una tecnología terapéutica invasiva que puede ser útil en ciertos supuestos en algunos pacientes psiquiátricos resistentes al resto de tecnologías terapéuticas alternativas.

Las implicaciones de la psicocirugía en los ámbitos médico, ético, filosófico y de salud pública son muy importantes.

El fantasma de nuevos excesos psicoquirúrgicos no está despejado todavía en la actualidad: las experiencias recientes con heroinómanos en China y Rusia así lo demuestran.

En España es referente obligado al respecto la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. En alguna comunidad autónoma de nuestro país ha habido recomendaciones expresas sobre psicocirugía por parte del defensor del pueblo en lo referente al consentimiento informado, a la necesidad de designar unidades psicoquirúrgicas de referencia y de protocolizar y supervisar dicha actividad.

Una de las cuestiones que más se discute en la literatura especializada es qué intervención es la óptima para cada trastorno mental o condición psicopatológica, ya que los resultados no son concluyentes.

Indicaciones

Las indicaciones más establecidas y clásicas de la psicocirugía sobre el circuito límbico prefrontobasal son el Trastorno obsesivo-compulsivo grave y resistente y el trastorno depresivo mayor grave y resistente

Se indica asimismo en el trastorno afectivo bipolar y los trastornos de ansiedad⁴.

Se ha propuesto la psicocirugía en casos muy seleccionados de comportamiento patológico auto o heteroagresivo grave y acompañado de diagnósticos de epilepsia, trastorno de la personalidad o retraso mental.

La lobotomía prefrontal se ha propuesto en las esquizofrenias graves, resistentes a otros tratamientos convencionales y cuando conllevan conductas de riesgo auto o heteroagresivo importantes.

Para ciertas autoridades en la materia los trastornos de la personalidad, la anorexia nerviosa o la esquizofrenia no complicada son contraindicaciones para la psicocirugía.

La actividad psicoquirúrgica en España está centrada en unos pocos neurocirujanos (8,11% de la muestra) con una importante práctica privada (el 75,7% de todas las intervenciones).

De hecho, la actividad psicoquirúrgica se traslada cuando el neurocirujano cambia de hospital. Existe muy poca práctica en hospitales públicos. Es difícil interpretar este dato tan importante a favor de los

centros privados, aunque no parece que la práctica privada sea un recurso para evitar supuestos mayores controles institucionales públicos

Los motivos aducidos por los neurocirujanos encuestados para no practicar la psicocirugía permiten considerar que las intervenciones hubieran sido más numerosas si los psiquiatras remitieran más pacientes y los neurocirujanos tuvieran más experiencia psicoquirúrgica. Que en el 54,4% de los casos en los que no se practica psicocirugía se deba a la falta de referencia de pacientes se podría explicar por la existencia de circuitos de referencia desde los psiquiatras hacia determinados neurocirujanos (por su prestigio y su experiencia o por haber realizado el esfuerzo de la implementación de un proceso neuroquirúrgico tan complejo en un centro privado). Por otro lado, no deja de sorprender que el 20,6% de los neurocirujanos arguyan la carencia de medios técnicos como causa para no realizar psicocirugía, porque es bien sabido que en determinados centros públicos se realizan procedimientos estereotácticos de similar o mayor complejidad y precisión, como la cirugía de los trastornos del movimiento o del dolor.

Tanto la eficacia, como la efectividad, tolerabilidad, seguridad y evolución a medio y largo plazo de las diferentes técnicas psicoquirúrgicas y de sus indicaciones no está bien establecida, debido sobre todo a las importantes limitaciones metodológicas de la mayoría de los trabajos publicados^{3,6,7,20,23,27}. Por eso es importante constatar que, paradójicamente, ningún neurocirujano de nuestra muestra adujo ineficacia terapéutica, así como que prácticamente no hubo reparos éticos como causa para no realizar psicocirugía. Llama la atención que en tres centros se emplee la controvertida hipotálamo-tomía, que en algún centro no ha participado el psiquiatra en la indicación psicoquirúrgica, que solamente un hospital disponga de un comité multidisciplinar de control (sólo el 9% de todas las intervenciones han pasado por un comité ético), y más aún que en el 4,5% de las intervenciones no se solicite consentimiento informado.

El psiquiatra y el neurocirujano, no sólo idealmente sino como condición mínima necesaria, han de trabajar en equipo y estar de acuerdo con la indicación. Los criterios generales de la indicación de psicocirugía son bien conocidos y aceptados³¹. De igual modo se deben asegurar los seguimientos psiquiátrico y neuroquirúrgico postoperatorios, así como la rehabilitación del paciente en un entorno familiar y social adecuados. Pero ese seguimiento conjunto sólo acontece en el corto plazo en el 85,6% de las intervenciones realizadas en España

Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732007000400003&script=sci_arttext

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=psicocirugia>

Last update: **2020/01/27 10:50**

