



## **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN DEPRESIÓN**

Marta Lucas Pérez-Romero, Patricia Romero Rodenas, M<sup>a</sup> Teresa Tolosa Pérez, Araceli Martínez Carrascosa, Carmen García Moreno, Alicia Gómez Peinado, M<sup>a</sup> Belén González Ramírez.

[martamarta75@hotmail.com](mailto:martamarta75@hotmail.com)

Depresión y terapia electroconvulsiva.

### **RESUMEN**

La terapia electroconvulsiva (TEC) es empleada actualmente para el tratamiento de diversas patologías psiquiátricas. Se trata de un tratamiento rápido, seguro y eficaz gracias a las distintas modificaciones técnicas realizadas y el papel de la anestesia.

Se considera tratamiento de primera elección el uso de TEC cuando existe necesidad de respuesta clínica urgente (riesgo suicida elevado, intensa agitación o inhibición psicomotriz), presencia de efectos secundarios importantes e ineficacia/resistencia a psicofármacos así como existencia de buena respuesta a TEC en episodios previos (1).

La principal indicación de la TEC son los trastornos depresivos con síntomas psicóticos, inhibición o agitación intensa, con alto riesgo de complicaciones somáticas y en el anciano. También es eficaz en manía y esquizofrenia, así como en el embarazo con alto riesgo de teratogenia por psicofármacos. Otras indicaciones son el trastorno esquizoafectivo resistente a tratamiento, trastorno esquizofreniforme con mala evolución, síndrome neuroléptico maligno o Enfermedad de Parkinson, especialmente complicada con episodios depresivos, y con fenómenos on-off.

En mi exposición presento el caso de un varón de 28 años ingresado en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica por un episodio depresivo con síntomas psicóticos. Tras presentación de complicación orgánica (broncoaspiración e hipoventilación farmacológica) se decide inicio de TEC con recuperación integral y mínimo tratamiento psicofarmacológico al alta. El objetivo de esta comunicación va dirigido a resaltar la importancia y la idoneidad del uso correcto de las terapias biológicas, en este caso la terapia electroconvulsiva, como parte de nuestro arsenal terapéutico.

### **EXPOSICIÓN EXTENSA DE CASO CLÍNICO**

#### **Motivo de ingreso en Unidad de Hospitalización Breve**

Varón de 28 años con desorganización conductual. Se decide ingreso involuntario para filiar síntomas psicóticos y afectivos.

#### **Antecedentes Personales Médico-Quirúrgicos**

No reacciones alérgicas medicamentosas. No enfermedades somáticas de interés.

## **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN DEPRESIÓN**

### **Antecedentes Personales Psiquiátricos**

A los 16 años estuvo en tratamiento psiquiátrico privado por episodio depresivo reactivo a estresor vital (diagnosticado como Trastorno adaptativo mixto de predominio depresivo), recibió tratamiento con clomipramina (recuperación íntegra rápida y abandono de tratamiento tras 1 año de cumplimentación). Hace 2 semanas, inicia clínica ansioso reactiva a estresor laboral siendo valorado en circuito privado y pautaron clomipramina 25 mg, Lorazepam 1 mg cada 8 horas y lormetazepam 2 mg. Posteriormente introducen risperidona 0.5 mg cada 12 h.

### **Antecedentes Personales Biográficos**

Soltero. No pareja. Mayor de 2 hermanos. Convive con padres y hermana. En la actualidad preparando oposiciones; hace 1 mes, inicia trabajo de mantenimiento en una empresa del trasvase. No incapacidad civil.

### **Antecedentes Familiares**

Madre cuadro depresivo con síntomas psicóticos de inicio en postparto de 2º hijo. En la actualidad estable cumplimentando litio.

### **Consumo de tóxicos**

No refiere.

### **Enfermedad actual**

Intensa inquietud psicomotriz y poca colaboración en la entrevista. Discurso centrado en la preocupación de que lo vayan a detener, que lo observan, haber realizado actividades en el trabajo que han desencadenado la quiebra y posteriormente cierre de la empresa, y creencia de próximo fallecimiento inminente de abuelo materno que está recibiendo diálisis. Reticencias en toma de tratamientos y reducción de ingesta alimentaria.

La familia relataba ánimo progresivamente más decaído en últimos meses relacionado con expectativas personales y laborales. Marcada disminución del interés por casi todas las actividades, abandono de relaciones sociales y dificultad para concentrarse.

### **Exploración psicopatológica al ingreso**

Consciente, orientado en los 3 ejes. Intensa inquietud psicomotriz. Discurso con bloqueos, en ocasiones tangencial e incoherente. Niega alucinaciones, no soliloquios. Delirio de ruina y culpa. Ideación deliroide paranoide congruente con estado de ánimo. Autorreferencialidad. Afecto no valorable en momento actual por interferencia de elevada angustia psicótica pero según informadores externos depresivo, apatía, abulia y tendencia a rumiaciones pesimistas en semanas previas. Insomnio global. Escasa ingesta alimentaria e hídrica.

### **Pruebas complementarias al ingreso**

- Bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones relevantes.
- Hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico dentro de la normalidad.
- Tac craneal sin alteraciones.

### **Juicio clínico**

F32.3 Trastorno depresivo mayor (296.23) grave con síntomas psicóticos.

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN DEPRESIÓN

### Evolución

Al ingreso se decide ajuste de dosis de risperidona en solución a 3 mg, cambio de clomipramina por venlafaxina hasta 150 mg y clorazepato dipotásico hasta 30 mg diarios. A pesar de ajuste psicofarmacológico no mejoría psicopatológica, intensa angustia derivada con alternancia de episodios de intensa inquietud con otros de aumento de sedación y bloqueo. Actitud negativista a toma de tratamiento y necesidad de forzado de ingesta alimentaria e hídrica.

A los 15 días de ingreso, durante merienda, cuadro de broncoaspiración e hipoventilación farmacológica que deriva en traslado a medicina interna.

En la planta de medicina interna, se decide retirada completa de psicofármacos con medidas somáticas precisas (cobertura antibiótica, oxigenoterapia e hidratación IV). Persistencia de misma sintomatología que semanas previas por lo que se plantea inicio de Terapia Electroconvulsiva como tratamiento una vez estabilizado a nivel orgánico.

Asociada a terapia biológica con TEC (total 6 sesiones) se inicia tratamiento con paroxetina solución hasta 20 mg, 5 ml de aripiprazol y 15 mg de mirtazapina flas. Progresivamente discurso menos bloqueado, tranquilo, no verbalizaciones delirantes primarias ni secundarias. Ánimo estable, reactivo. Desaparición de inquietud psicomotriz y de angustia psicótica. Sueño y apetito normalizados. Sin incidencias durante las distintas sesiones de TEC, buena tolerancia a psicofármacos sin presencia de efectos secundarios.

Revisión al mes del alta: eutimia, ningún tipo de productividad psicótica. Amnesia completa de lo ocurrido. Vida normalizada. Planteamiento de viaje de ocio al extranjero con hermana y reincorporación laboral y de estudios de oposición.

### DISCUSIÓN

Los criterios diagnósticos para un Episodio depresivo mayor según DSM V son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. insomnio o hipersomnia casi cada día

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN DEPRESIÓN

5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
  6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
  7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
  8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
  9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

En nuestro caso clínico vemos la importancia de planteamientos terapéuticos alternativos a psicofármacos. Dentro de las indicaciones en el uso de la Terapia Electroconvulsiva son los cuadros depresivos unipolares con síntomas psicóticos, la presencia de complicaciones somáticas y la importante agitación/inhibición psicomotriz. Se recomienda el uso combinado de la TEC y psicofármacos dado que la eficacia en monoterapia de la TEC disminuye con el tiempo (20-50% recaen en los 6 meses siguientes). Es una técnica segura que carece de contraindicaciones absolutas y los principales efectos secundarios son derivados de la técnica anestésica. Dentro de los efectos secundarios derivados de la TEC, la mayoría son inmediatos y transitorios (confusión, amnesia, cefaleas).

Sería importante en la evolución, tener en cuenta la posibilidad de recaídas afectivas en el futuro, dados los antecedentes del paciente, la gravedad del episodio actual, así como los antecedentes maternos de clínica afectiva estables con estabilizador.

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN DEPRESIÓN

### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging. A task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC: American Psychiatric Association, 1990
2. Martínez Amorós E, Gálvez Ortiz V, Porter Moli M, Llorens Capdevila M, Cerrillo Albaigés E, García Parés G, Cardoner Álvarez N, Urretavizcaya Sarachaga M. Propofol y pentotal como agentes anestésicos en la terapia electroconvulsiva: un estudio retrospectivo en el trastorno depresivo mayor. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc) 2014;7(1):42-47.
3. Depression in the Elderly. Warren D. Taylor, M.D., M.H.Sc. N Engl J Med 2014; 371:1228-1236 September 25, 2014; Bernardo M. Terapéutica electroconvulsiva: aplicación actual. Medicina Clínica (Barcelona) (Med Clin (Barc)1999 Volumen 113 página(s) 631-4).
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for major depressive disorder in adults. Washington DC: American Psychiatric Association, 1993; Cárdenas, A. R., & González, C. G. (2010).
5. Terapia electroconvulsiva: indicaciones diagnósticas, revisión sistemática de guías clínicas internacionales. Comité Ejecutivo de la Asociación (2010-2011).