



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Dámaso Fernández, Ángela, García Castro, Isabel, Hernández Carrillo, Inmaculada, López Carrillo, Juana.

angela_la_eaa@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Conocer si la terapia electroconvulsiva es una alternativa útil en el tratamiento de patologías psiquiátricas.

Metodología: Revisión bibliográfica de 22 artículos publicados en inglés y español contenidos en Index, Scielo, Dialnet y Pubmed desde el 2012, se seleccionaron 13 del total.

Resultados: La aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC) está destinada fundamentalmente a pacientes con esquizofrenia y trastornos depresivos, siendo en Europa, Asia y África un 87,1% y un 6,2% respectivamente; en EEUU predomina en los trastornos depresivos. Sus efectos adversos son escasos y normalmente leves como confusión. Según un estudio realizado entre 2001 y 2011, se utiliza en un 70,1% en esquizofrénicos y un 80,7% en la resistencia al tratamiento, siendo satisfactoria en un 70,1%. Su efectividad resultó positiva en esquizofrénicos (70,1%) y en trastornos depresivos (90%), en los primeros mejoró con la administración de psicofármacos. La TEC de mantenimiento es inusual según una encuesta en España a psiquiatras, y sin embargo, el 50% de los pacientes refiere encontrarse "mucho mejor" y el 37,5% "moderadamente mejor" basándose en la Escala de Impresión Clínica Global de Mejoría-Global comparando el antes y el después de incluirlos en el programa de mantenimiento, se describe el caso de mujer de 45 años con trastorno bipolar en fase depresiva sin respuesta farmacológica que tras la tercera sesión su estado es eutímico. Conclusión: Es una terapia muy cuestionada que precisa formación específica disminuyendo su aplicación. Los trastornos afectivos y psicóticos tienen alta tasa de recaída pudiendo resultar muy efectiva pero existe falta de estudios controlados.

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo". En la antigüedad, los problemas de salud mental eran considerados castigo divino e incluso se creía en un origen sobrenatural, hoy en día se conoce que influyen factores biológicos, psicológicos y socio-culturales. Según las estadísticas de la OMS, los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de la enfermedad. En México, cuatro de las diez

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas; esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo. (Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet, Jaimes, 2003)

La etapa más importante en cuanto al desarrollo psicológico es la adolescencia, influyendo el contexto familiar y el escolar en el individuo. Los problemas de comunicación entre los padres e hijos adolescentes o la baja autoestima de escolares son de gran importancia por considerarse según estudios previos factores de riesgo para el desarrollo de problemas mentales como es la depresión, ansiedad o problemas de integración social. La salud mental afecta la forma en como pensamos, sentimos y actuamos ante los diferentes estímulos y situaciones de la vida, siendo por lo tanto importante en todas y cada una de las etapas de nuestro desarrollo. (López, Ochoa, Olaizola, 2005; Moreno, 2012).

Existe relación entre las enfermedades biológicas y las enfermedades mentales, Benedetto Saraceno en el Simposio "Salud mental y física durante toda la vida" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe lo siguiente:

"Los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarán mucho mejor atendidos en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al paciente y a la comunidad (...) Los expertos tienen que comunicarse porque es evidente que la comorbilidad entre lo físico y lo mental exige una intervención vertical, no horizontal. La comorbilidad clínica es la regla, no la excepción. (Latan, Montaña, 2010).

La reforma psiquiátrica supuso un cambio de visión y se comenzó a actuar para conseguir o mejorar la calidad de vida del paciente psiquiátrico. Se habilitaron servicios que promovieran la participación por parte de estos pacientes y como no, se les involucró en la toma de decisiones sobre la planificación de su tratamiento. Se observó la necesidad de mejorar su autonomía teniendo en cuenta las necesidades individuales, promoviendo la integración social con programas de rehabilitación psicosocial como el modelo propuesto por Schalock. Una clasificación de los diferentes trastornos mentales a groso modo:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- Trastornos específicos
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- Trastornos relacionados con sustancias
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos adaptativos
- Trastornos de la personalidad

El conocimiento de la causa del padecimiento de la enfermedad mental será de ayuda en la elección del tipo de tratamiento, los avances son extraordinarios y autores defienden que muchos trastornos psiquiátricos casi con tanto éxito como el alcanzado en el tratamiento de los trastornos físicos.

El tratamiento de las enfermedades mentales es multidisciplinar, dado que junto al psiquiatra otros profesionales están involucrados en el mismo, estos son los psicólogos clínicos, el personal de enfermería y los trabajadores sociales. La prescripción de fármacos, en algunos países, únicamente es tarea de los psiquiatras. La psicoterapia es de gran ayuda e importancia en el tratamiento, reduciendo considerablemente el tiempo de hospitalización. (Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet, Jaimes, 2003)

Los métodos de tratamiento se dividen fundamentalmente en somáticos o psicoterapéuticos. Los primeros se componen de fármacos, terapia electroconvulsiva y otras técnicas cuya finalidad es estimular el cerebro como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación del nervio vago; los segundos se componen de psicoterapia (individual, grupal, o familiar y conyugal), técnicas de terapia conductual. La combinación de ambos métodos recibe el nombre de terapia cognitivo-conductual, es la más defendida ya que resulta más eficaz su empleo en muchas patologías mentales.

Objetivo:

Conocer si la terapia electroconvulsiva es una alternativa útil en el tratamiento de patologías psiquiátricas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de agosto y septiembre de 2016 de artículos en inglés y español publicados desde 2012 hasta la actualidad, contenidos en las bases de datos Index, Dialnet, Pubmed y Scielo. Se revisaron un total de 22 artículos y se seleccionaron 13 de ellos ya que el resto no contenían información directamente relacionada con el tema a tratar en esta revisión, no disponer de textos completos o por desarrollar estudios de antigüedad mayor a 15 años. Las palabras clave utilizadas fueron: esquizofrenia, psiquiatría, terapia.

Las fórmulas de búsqueda utilizadas fueron:

- Terapia AND salud mental AND psiquiatría
- Esquizofrenia AND terapia
- Tratamiento AND salud mental
- Tratamiento electroshock AND salud mental

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Terapia electroconvulsiva AND tratamiento
-

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El conocimiento de la eficacia terapéutica del tratamiento electroconvulsivo se remonta a hace 60 años. Desde entonces, se han realizado importantes esfuerzos de investigación para conocer el mecanismo de acción por el cual la TEC ejerce su efecto terapéutico.

Un estudio observacional, prospectivo y longitudinal, con análisis descriptivo de 2006 y 2012 en una muestra de 4337 sesiones de TEC realizadas a unos 187 pacientes sobre la influencia de la edad y el género en la carga eléctrica indica que la edad está relacionada con cambios en la carga requerida. El género también se relaciona con cambios en la carga. Las mujeres requerían 87,3 mc, menos que los hombres. Incluyendo los efectos de la edad y el género en el mismo modelo, ambos resultan significativos, de modo que en igualdad de edad, las mujeres requieren 99,0 mc menos de carga que los hombres, y en ambos géneros aumenta la carga de 2,3 mc por año de edad.

Otro estudio describe la experiencia clínica acumulada con la TEC en el Instituto Mexicano de Psiquiatría de 1995 a 1998 a 114 pacientes de los cuales más del 80% de los pacientes con episodio depresivo mayor y episodio maníaco, respondieron de forma particularmente favorable a la TEC en 90% de los casos. Sin embargo, la magnitud de la respuesta de los pacientes con depresión psicótica y de aquellos con depresión sin síntomas psicóticos tratados con la TEC, fue similar en ambos grupos. En contraste, mejoraron 31.25% de los sujetos con esquizofrenia y 66.66% de los que tenían otros trastornos psicóticos. Durante la aplicación del estímulo eléctrico y durante el período inmediato se presentaron efectos secundarios menores y transitorios en 12% de los casos, siendo más frecuente la taquicardia ventricular. Las alteraciones cognitivas, tales como el déficit de la memoria reciente fueron las que más se observaron. La presión arterial sistólica y diastólica medidas antes de administrar el estímulo eléctrico, mostraron un incremento significativo después de cada sesión de la TEC.

En una encuesta transversal en todas las unidades psiquiátricas existentes en España a fecha 31 de diciembre de 2012 el 54,9% de las unidades aplicaban TEC, resultando en una tasa de aplicación de 0,66 por 10.000 habitantes. La TEC se indicó en el período estudiado a una media de 25,5 pacientes en los centros que disponían de la técnica, y a 4,5 en los centros que remitían a otros para aplicarla.

Un estudio observacional descriptivo de pacientes TEC de la Clínica Universitaria Teletón durante los años 2007 y 2008. El tratamiento se aplicó a 19 pacientes, 2 recibieron dos ciclos. Se realizaron un total de 134 sesiones. 12 pacientes tenían diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La mayoría de los tratamientos se realizaron con una frecuencia de 3 sesiones por semana. La duración promedio de las crisis fue de 45,39 segundos por EEG. Se usó tiopental en 132 sesiones (91,6%) y propofol en 7 (4,9%). Succinilcolina se utilizó como relajante muscular

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

en todas las sesiones. Se presentaron efectos adversos en 35 sesiones, la mayoría por abundantes secreciones en 4 sesiones y cefalea en 9 sesiones.

En una Encuesta trasversal a psiquiatras (N= 125) sobre actitudes y utilización de la terapia electroconvulsiva (TEC) en España relevó que existe una asociación estadísticamente significativa en función de si en el centro de trabajo se aplica o no la TEC, con un 100% de actitudes favorables cuando en el centro se utiliza la técnica, frente a sólo el 36% en el caso contrario. Típicamente se aplica en 8-10 sesiones, con un promedio de tres por semana, ejecutada por psiquiatras que tratan con la técnica menos de 10 pacientes al año, y con equipos de entre uno y cinco años de antigüedad. Los anestésicos más utilizados son el propofol y el tiopental, pero el 27,6% lo desconoce.

Otro estudio realizado en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" de Lima, Perú, se revisaron las historias clínicas de pacientes que recibieron TEC entre los años 2001 y 2011. Se aplicaron 419 cursos de TEC a 372 pacientes, con un total de 5439 aplicaciones; la esquizofrenia paranoide fue el diagnóstico más frecuente (70,7%), y la indicación más usual fue la resistencia al tratamiento (80,7%); asimismo, la respuesta clínica a la TEC fue buena en 70,1% de casos, mientras que los efectos secundarios, fueron pasajeros y leves. El uso de TEC disminuyó a lo largo del periodo estudiado, pero fue muy tolerable y seguro por lo que mostró una alta respuesta que la mantiene como un tratamiento psiquiátrico de primera línea.

Un caso clínico de una paciente de 45 años de edad con trastorno bipolar y síntomas depresivos graves que tras varias intervenciones farmacológicas sin buenos resultados terapéuticos se le recomienda TEC. Se programan 12 sesiones bilaterales, 3 por semana en días alternos. Durante las entrevistas realizadas tras la tercera sesión presenta estado eutímico, con una mejora significativa en todos los síntomas. Dada la respuesta positiva, se administraron solo 10 sesiones y se recomendaron sesiones de mantenimiento tras el alta.

Existen pocos estudios sobre variables de gestión clínica, costes asociados y calidad percibida. Uno de ellos presenta una serie de 8 casos incluidos en el Programa de terapia electroconvulsiva de Continuación/Mantenimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de octubre durante los primeros 18 meses de su funcionamiento. El 50,0% de los pacientes refirió encontrarse "mucho mejor", y el 37,5% "moderadamente mejor". Además, una vez incluidos en el programa de terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento, los pacientes tuvieron un total de 349 días de ingreso, 3 visitas a Urgencias y 2 ingresos urgentes, frente a los 690 días de ingreso 26 visitas a Urgencias y 22 ingresos urgentes en el mismo periodo, antes de su inclusión en el programa. Los costes directos asociados por estancia/día tras su inclusión en el programa se redujeron al 50,6% del coste previo, y los costes asociados a visitas a Urgencias disminuyeron al 11,5% del coste previo. Respecto a la calidad percibida, un 87,5% de los pacientes evaluaron la atención y tratamiento recibido como "muy satisfactorio", y un 12,5% como "satisfactorio".

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Un estudio sobre terapia electroconvulsiva de mantenimiento sobre 32 pacientes tratados con TEC-M y 29 pacientes psiquiátricos que nunca habían sido tratados con TEC. El análisis multivariante global no detecta diferencias significativas en las pruebas neuropsicológicas frontales entre los dos grupos. El grupo de TEC-M sólo obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en la prueba de FAS (test que mide la fluencia verbal con consigna fonética). Se detecta una correlación significativa inversamente proporcional entre el número de sesiones de TEC previas y el resultado en la prueba del FAS.

En un estudio sistemático de revisión bibliográfica de las evidencias científicas proporcionadas por los ensayos clínicos que evalúan la eficacia de la terapia electroconvulsiva (TEC) a corto, medio y largo plazo frente a antidepresivos. La TEC no ha mostrado ser más eficaz que la amitriptilina. En cuanto a la clorpromazina, se ha observado que añadirla al tratamiento con TEC no supone beneficio.

En el estudio de Folkerts et al., en algunos de los pacientes el tratamiento no había sido adecuado, siendo ellos, además, los que obtenían los mejores resultados. La TEC unilateral ha mostrado ser superior a la paroxetina en la tasa de respuesta, siendo un 71% frente a un 28%. En contraposición a estos resultados a favor de la TEC, el estudio realizado por Dinan y Barry en una muestra de pacientes deprimidos endógenos resistentes a un curso de tratamiento con antidepresivos tricíclicos mostró que las tasas de respuesta con la adyuvancia de TEC frente a litio eran similares, dándose incluso una mayor rapidez de respuesta con el litio.

CONCLUSIÓN

La aplicación de la TEC precisa de formación especializada, en los centros dónde no se aplica se observa que el personal no está debidamente preparado. Principalmente el tratamiento con TEC es efectivo en depresión mayor, episodio maniaco y esquizofrenia; necesitando menor carga en mujeres y aumentando su intensidad según aumenta la edad del paciente. Los pacientes verbalizan sentir mejoría en la mayoría de los casos, siendo los efectos secundarios mínimos. Su uso como tratamiento principalmente se debe a la resistencia a tratamiento farmacológico, y su efectividad en comparación a los fármacos según los estudios recogidos determina que es superior a la amitriptilina, inferior o igual que el litio e inferior a la paroxetina. A pesar de que se puede concluir que es una terapia útil, es muy cuestionada por la falta de estudios controlados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña Vivanco, G. A. (2015). ¿Uso de rocuronio en terapia electroconvulsiva, una alternativa segura? serie de casos generada en el Hospital Carlos Andrade Marín en el período de noviembre 2013-abril 2014.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

2. Almeida, L., Flores, M., Palacios, L., Garnica, R., De la Peña, F., Juárez, J., ... y Heinze, G. (2013). Terapia electroconvulsiva: experiencia en el Instituto Mexicano de Psiquiatría 1995-1998.
3. Bernardo, M., y Urretavizcaya, M. (2015). Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 8(2), 51-54.
4. Guilléna, J. B., Abada, C. S., de Pabloa, M. H., y Morenob, S. P. (2004). Eficacia de la terapia electroconvulsiva: revisión sistemática de las evidencias científicas. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(3), 153-165.
5. Latan, M., y Montaña, G. (2010). SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DEL III AL XII SEMESTRE DELA CARRERA DE MEDICINA. UDO BOLÍVAR, PERÍODO II-2009. CIUDAD BOLÍVAR (Doctoral dissertation, Universidad de Oriente).
6. López, E. E., Ochoa, G. M., y Olaizola, J. H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81.
7. Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., y Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1.
8. Moreno Arrobo, D. E. (2012). Creación de la unidad de salud mental en el área de salud nº 5 de Cariamana en el hospital "José Miguel Rosillo" abril-octubre 2011.
9. Muñoz, A. A., y Uriarte, J. J. U. (2013). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud mental*, 6(26).
10. Rami-González, L., Bernardo, M., Goti, J., Gil-Verona, J. A., Salamero, M., y Portella, M. J. (2003). Evaluación de las funciones frontales en pacientes psiquiátricos durante el tratamiento con terapia electroconvulsiva de mantenimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 69-72.
11. Ríos, B., & Vicente, N. (2001). Mecanismo de acción de la terapia electroconvulsiva en la depresión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(3), 199-207.
12. Rodríguez-Jimenez, R., Bagney, A., Torio, I., Caballero, M., Ruiz, P., Rivas, F. D. P. J., y Jimenez-Arriero, M. A. (2015). Utilidad clínica e implicaciones económicas de la terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento en un hospital público del Sistema Nacional de Salud español: serie de casos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(2), 75-82.
13. Valenciana, G. (2001). Variabilidad en actitudes y condiciones de utilización de la terapia electroconvulsiva. Resultados de un estudio preliminar. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(6), 390-395.
14. Verdugo, M. A., y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77.
15. Verwijk, E., Comijs, H. C., Kok, R. M., Spaans, H. P., Stek, M. L., & Scherder, E. J. (2012). Neurocognitive effects after brief pulse and ultrabrief pulse unilateral electroconvulsive therapy for major depression: a review. *Journal of affective disorders*, 140(3), 233-243.