

Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006

Trabajos originales

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de 323 historias de pacientes que recibieron electroconvulsoterapia (ECT) entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2006 en el Hospital Vilardebó.

Los resultados obtenidos mostraron que la mayoría de los pacientes de esta población eran hombres (56,3%), siendo la media de edad de 37,5 años.

Los pacientes que recibieron ECT con una frecuencia francamente mayor, fueron los portadores de esquizofrenia.

El 82,7% de los pacientes respondió favorablemente.

El número de sesión en la cual se evidenció el inicio de la respuesta tuvo una media de 4,5.

La complicación más frecuentemente hallada fue la del delirium.

Fue necesario suspender el tratamiento electroconvulsivo en la mitad de los casos que presentaron complicaciones.

Summary

A descriptive and retrospective study was conducted, based on the review of 323 medical records of patients who received electroconvulsive therapy (ECT) from January 1st to December 31st 2006 at Vilardebó Hospital (state mental facility).

Results showed that most of the patients who received the ECT were men (56,3%), being 37,5 the average age.

ECT was indicated as a treatment with the highest frequency in patients with schizophrenia.

82,7 % of the patients responded favourably. The beginning of a therapeutic response was evidenced in a mean of 4,5 sessions.

Delirium was the most frequently found complication.

It was necessary to interrupt the electroconvulsive therapy in half of the cases which showed complications.

Palabras clave

Electroconvulsoterapia

Diagnósticos

Respuesta favorable

Sesiones

Complicaciones

Keywords

Electroconvulsive therapy

Diagnoses

Favorable response

Sessions

Complications

Autoras

Margarita Wschebor

Médico Psiquiatra

Gabriela López Rega

Médico Psiquiatra

Asistente de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Verónica Santos

Médico Psiquiatra

Soledad Brescia

Médico Psiquiatra

Sandra Romano

Médico Psiquiatra. Prof. Agda. de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correspondencia:

Margarita Wschebor
margawp@gmail.com

Introducción

La electroconvulsoterapia (ECT) es un recurso terapéutico no farmacológico. Consiste en el pasaje de una corriente eléctrica de bajo voltaje y de breve duración a través del SNC, para inducir una crisis epiléptica generalizada. Se realiza bajo anestesia general y relajación muscular, de forma tal que no se evidencia la expresión motora de la crisis. Requiere para su implementación la existencia de un equipo interdisciplinario constituido por psiquiatra, anestesista y enfermería especializada. Es un procedimiento para el cual es necesario un consentimiento informado, firmado por la familia del paciente¹.

En la actualidad se reconoce como un recurso terapéutico seguro y eficaz, cuya mortalidad es de 1/10.000 pacientes o 1/80.000 sesiones. De acuerdo con estos datos, la ECT tiene un nivel de riesgo comparable al de una cirugía menor o al de un nacimiento².

En Uruguay comenzó a utilizarse en 1939. En la actualidad es un recurso terapéutico muy utilizado: se estima que en nuestro país se realizan entre 14.000-15.000 sesiones por año entre Montevideo y el interior³.

El Hospital Vilardebó es el hospital psiquiátrico de referencia a nivel nacional y el único lugar en Montevideo en el cual se realiza este tratamiento a nivel de Salud Pública. Asiste a la población mayor de 15 años con patología psiquiátrica aguda o reagudizada, usuaria de Salud Pública y también a la de mutualista que no cuenta con más días de internación en los respectivos sanatorios privados. En el año 2006, se registraron en dicho hospital 2.219 ingresos, de los cuales 1.962 fueron a sala general y 257 a sala de seguridad. El mes en el cual hubo más ingresos, fue el de diciembre de 2006, con 212 pacientes*. En ese mismo año se realizaron en este hospital, 4.712 sesiones de ECT**, correspondientes a un total de 426 pacientes***.

Es un procedimiento que se indica frente a cuadros psiquiátricos agudos que requieren una rápida resolución, frente a la refractariedad, contraindicación para otros tratamientos como los farmacológicos y/o cuando existen antecedentes de buena respuesta al mismo³.

Está dirigido a corregir los síntomas, no actuando sobre la etiología de la enfermedad psiquiátrica¹.

El interés de realizar este estudio surgió durante la práctica clínica, al plantearse la interrogante acerca de en qué momento del tratamiento comienza la respuesta favorable y si había variación de la misma según la patología.

En vista a responder a estas interrogantes se realizó el presente estudio con los siguientes objetivos:

- Establecer, en general y según el diagnóstico, el número de sesión en el cual comenzó la respuesta, considerando para ello el criterio clínico registrado en la historia por el psiquiatra tratante.
- Establecer el número total de sesiones requerido.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que no respondieron a la ECT y su diagnóstico.
- Describir las características de la población de pacientes que ingresaron en el año 2006 y requirieron ECT.
- Establecer la relación entre los pacientes que recibieron ECT y el total de ingresos en el mismo período.
- Identificar los diferentes diagnósticos frente a los cuales se indica ECT en el Hospital Vilardebó.
- Establecer el tiempo transcurrido entre el ingreso y la indicación de ECT.
- Identificar las complicaciones que se presentaron y aquellas en las cuales estas determinaron la suspensión de la ECT.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, que comprende la revisión de las historias clínicas de los pacientes internados en el Hospital Vilardebó, que iniciaron el tratamiento de ECT en el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 diciembre de 2006. Fueron analizados 323 pacientes.

* Sistema de Información Hospitalaria (SIH).

** Ibídem.

*** Servicio de ECT del Hospital Vilardebó.

Para la recolección de los datos se diseñó una planilla que contenía las variables a estudiar (ficha patronímica, antecedentes del paciente, diagnóstico, características del tratamiento con ECT, respuesta, inicio de respuesta, complicaciones).

Como diagnóstico, tomamos el registrado por el psiquiatra tratante en la hoja de cierre de la Historia Clínica, complementando con más datos únicamente cuando en esta hoja no figuraba si se trataba de un episodio depresivo o maníaco en el caso del trastorno bipolar. Los diagnósticos fueron codificados sobre la base de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE 10)⁴. En los casos en los que existió comorbilidad, optamos por aquel diagnóstico que motivó la indicación de la ECT.

Se definió como indicador del inicio de la respuesta a la ECT, al primer registro de mejoría consignado en la historia clínica por el psiquiatra tratante (Tabla 1).

Los resultados se expresaron en valores absolutos, porcentajes, media y sus respectivos desvíos estándar (SD).

En el caso de las variables discretas (discontinuas), se utilizó el test de chi cuadrado para hacer pruebas de independencia entre parejas. Se utilizó análisis de varianza (test de Fisher) (ANOVA) para analizar la influencia de un factor en respuestas diversas.

Para el procesamiento de datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences 11,5 (marca registrada).

Tabla 1 | Registro consignado por el psiquiatra tratante de inicio de respuesta

- Se encuentra mejor
- Mejoría clínica
- Disminución de la exaltación
- Retrocedieron elementos de agudeza
- Subjetivamente mejor
- Mejora EPM
- Más tranquilo
- Disminuyó calor afectivo
- Buena evolución
- Sin trastornos conductuales
- Estable
- Mejora sintomatología delirante
- Critica ideas delirantes
- Recupera el sueño
- Buena respuesta
- No síntomas psicóticos
- Mejoría de síntomas depresivos
- Menos oposicionista
- Más comunicativo
- Comienza a alimentarse y beber
- Mejora atmósfera persecutoria
- No ideas de autoeliminación
- La familia nota mejoría

Resultados

Revisamos las historias de 323 pacientes que correspondieron a 353 series de ECT. Esta diferencia se debe a que algunos pacientes recibieron dicho tratamiento más de una vez en el correr del año 2006 e incluso durante la misma internación.

De estos pacientes, 35 ingresaron al Hospital durante el año 2006, lo que correspondió al 14% del total de ingresos de ese año. Los 288 pacientes restantes habían ingresado en el año 2005. Podemos suponer que hubo pacientes que ingresaron en el 2006 y recibieron tratamiento en el 2007, lo que lleva a plantear que aproximadamente el 15% de los ingresos al hospital recibe tratamiento electroconvulsivo.

1) Epidemiología

En el año 2006 se registraron 2.219 ingresos en el Hospital Vilardebó. De estos, 762 (34,3%) fueron primeros ingresos y 1.457 (65,7%), reingresos*. La distribución de los pacientes según el diagnóstico fue la siguiente: trastornos psicóticos 40,96%, trastornos afectivos 18,75%, trastorno de personalidad 9,64%, retraso mental 7,48%, trastornos por consumo 4,91%, suicidios y lesiones intencionalmente autoin-

fligidas 2,25%, trastornos de ansiedad 1,94%, trastornos mentales orgánicos 0,68%.

Del total de los ingresos, 1.126 (50,7%) fueron hombres y 1.093 (49,3%) mujeres**. También se encontró un mayor número de hombres (56,3%) que de mujeres (43,7%) entre los pacientes que recibieron ECT.

En la población de estudio, la media de edad fue de $37,6 \pm 13,2$ años. Existió un predominio de pacientes jóvenes: casi un 70% tenía menos de 45 años, y menos del 5% más de 60 (Gráfico 1).

En cuanto al estado civil de los pacientes de la muestra, hubo una amplia mayoría de pacientes solteros (41,8%).

El 62,5% de los pacientes analizados procedía de Montevideo, 33,5% del interior del país, no contando con este dato en el 4% restante.

2) Antecedentes

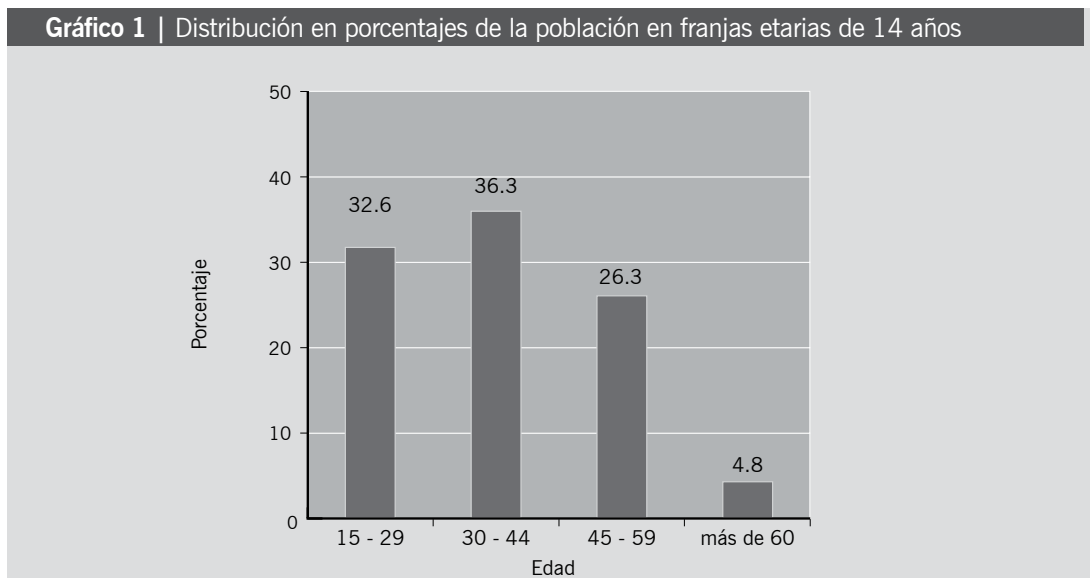
La población estudiada se encontraba cursando, en promedio, la $4^{\circ} \pm 3,9$ internación en el Hospital Vilardebó al momento de realizarse la serie de ECT analizada.

En 30% de los casos, se trató de la primera internación en este Hospital, pero casi la mitad

* Sistema de Información Hospitalaria (SIH).

** Ibídem.

Gráfico 1 | Distribución en porcentajes de la población en franjas etarias de 14 años



(46%) ya contaba con internaciones psiquiátricas previas en otras instituciones.

El 91,6% de los pacientes presentaba antecedentes psiquiátricos y el 52,1% ya había recibido ECT.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el ingreso y el inicio de la ECT, fue de 22,9 días en pacientes con antecedentes personales de haber recibido ECT y de 22,1 días en pacientes sin estos antecedentes.

3) Indicaciones

En la Tabla 2 se puede ver todos los diagnósticos que presentaron los pacientes que recibieron ECT.

A efectos de obtener resultados estadísticamente significativos, a la hora del análisis de algunos datos fue necesario, por una parte, agrupar algunos diagnósticos (por ejemplo, todos los tipos de esquizofrenia) y por otra, considerar únicamente los grupos con un n significativo.

Los diagnósticos que retuvimos sobre la base de estas consideraciones fueron:

1. Esquizofrenia (notoriamente el más frecuente): 55%.
2. Depresión (excluyendo la depresión bipolar): 11,9%.
3. Trastorno bipolar, episodios maníacos (e. m.): 10,8%.
4. Trastornos psicóticos agudos y transitorios: 7,4%.

4) Oportunidad de la aplicación de ECT

El tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente al hospital y el inicio de la ECT, fue de una media de $22,5 \pm 17,3$ días.

Siguiendo los criterios usuales que recomienda la estadística robusta, hemos repetido el cálculo de la media y la desviación típica, eliminando a los 5 pacientes cuyo tiempo entre el ingreso y el inicio de la ECT fue mayor de 83 días, siendo la nueva media de $21,2 \pm 12,1$ días.

Analizados en conjunto todos los diagnósticos, no existe diferencia estadísticamente significativa en el número de días transcurridos entre el ingreso y el comienzo del tratamiento

Tabla 2 | Diagnóstico en pacientes que recibieron ECT en frecuencia absoluta y en porcentaje

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia	194	55,0
Episodios depresivos	42	11,9
Trastorno bipolar, episodio maníaco	38	10,8
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	26	7,4
Trastorno bipolar (sin especificador)	10	2,8
Trastorno de ideas delirantes persistentes	7	2,0
Trastornos esquizoafectivos	6	1,7
Trastorno bipolar, episodio depresivo	4	1,0
Otros	26	7,4
Total	353	100

electroconvulsivo. Sin embargo, sí hay diferencia considerable cuando comparamos al grupo de pacientes con esquizofrenia con una media de 24.3 ± 21.2 días y el de trastornos psicóticos agudos con una media $18,0 \pm 7,4$.

No se pudo comprobar la existencia de una asociación entre la estación del año en que se inició el tratamiento y el diagnóstico, ya que desde el punto de vista estadístico la prueba chi cuadrado no dio significativa, es decir, no se detectó asociación entre ambas variables.

5) Características del tratamiento

El número total de sesiones realizadas en las series estudiadas, tuvo una media de 9,9, con un mínimo de 1, un máximo de 21 y una desviación típica de 2,5.

Si valoramos el número total de sesiones según diagnóstico, vemos que no existe dependencia entre las dos variables, es decir, que el número total de sesiones es independiente del diagnóstico positivo.

La frecuencia de las sesiones fue, en su gran mayoría, de 3 veces por semana (95%), seguida de una frecuencia bisemanal (3,4%) y por último, de una frecuencia diaria (1,7%).

6) Respuesta terapéutica

Es importante aclarar que a ningún paciente se le realizó la ECT como tratamiento único. Esta siempre fue acompañada de un tratamiento farmacológico, por lo cual debemos considerar que la respuesta que valoramos es, en realidad, la de un tratamiento combinado.

Teniendo en cuenta este aspecto, destacamos que, en términos generales, existió una buena respuesta al tratamiento: el 82,7% de los pacientes respondió, el 6,8% no lo hizo y el 4,2% tuvo una respuesta parcial.

Analizando la respuesta terapéutica según la distribución de los pacientes por sexo, vemos, por la prueba de chi cuadrado, que no existe dependencia. Es decir, que el tiempo de respuesta no depende estadísticamente del sexo; los hombres y las mujeres tienen un comportamiento similar en este sentido.

En cuanto a la respuesta al tratamiento según el diagnóstico, de la observación de la Tabla 3 resulta claro que los pacientes con episodios agudos (trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastorno bipolar, episodios maníacos y episodios depresivos excluidos los enmarcados en trastorno bipolar) tienen una respuesta muy favorable, siendo esta menor en la población más numerosa, que es la de los pacientes con esquizofrenia.

Tabla 3 | Respuesta a la ECT según principales diagnósticos en frecuencia absoluta y en porcentajes

	RESPUESTA A ECT						TOTAL
	SI		NO		PARCIAL		
	N	%	N	%	N	%	
ESQUIZOFRENIA	151	84.4%	19	10.6%	9	5.0%	179
T. PSICÓTICOS AG. Y TRANS.	23	95.8%	0	0	1	4.2%	24
TRASTORNO BIPOLAR e.m.	50	96.2%	1	1.9%	1	1.9%	52
EPISODIOS DEPRESIVOS	38	92.7%	1	2.4%	2	4.9%	41
TOTAL	262	-	21	-	13	-	296

Si tomamos a todos los pacientes, el número de sesión en el cual está consignado el inicio de la respuesta terapéutica, tuvo una media de $4,5 \pm 2,1$. En 5,8% de los casos hubo una ausencia total de respuesta y en 15,9% no estaba consignado este dato en la historia clínica.

Discriminamos la sesión en la cual se inicia la respuesta al tratamiento según el diagnóstico, tomando únicamente aquellos pacientes que tuvieron alguna respuesta y excluyendo los que no la tuvieron (Tabla 4).

Dado que el inicio de la respuesta terapéutica tuvo una media de $4,5 \pm 2,1$ sesiones en todos los diagnósticos, realizamos un análisis de varianza para comprobar si esta respuesta era homogénea, es decir, si el inicio de la respuesta era el mismo, independientemente del diagnóstico. Se obtuvo un nivel de significancia de 0,034, lo que indica un rechazo de esta hipótesis, es decir, que el inicio de la respuesta depende del diagnóstico.

Si bien es difícil visualizar este resultado mirando la Tabla 4, la diferencia entre las respuestas terapéuticas según el diagnóstico queda más clara al observar los histogramas correspondientes (gráficos 2 y 3), en donde los episodios depresivos presentan un patrón de inicio de respuesta bimodal y los trastornos psicóticos agudos y transitorios y en la esquizofrenia tienen un claro predominio en la 4ª sesión. En el trastorno bipolar, cursando un episodio maniaco el inicio de respuesta tuvo un patrón homogéneo.

7) Complicaciones

Un 13,3% de las series presentó complicaciones (Tabla 5).

El delirium fue la complicación que se registró con más frecuencia (59,6%), seguido de las complicaciones a nivel cardiovascular y pleuropulmonar (19,1%). Según nuestro

Tabla 4 | Número de sesión en que se inicia la respuesta en los principales diagnósticos

Diagnóstico	N	N° de sesión de inicio de respuesta
		MEDIA
Esquizofrenia	151	$4,52 \pm 2,084$
T. psicóticos ag. y trans.	22	$4,09 \pm 2,091$
Trastorno bipolar e.m.	45	$4,49 \pm 2,201$
Episodios depresivos	36	$4,44 \pm 2,311$

Gráfico 2 | Inicio de la respuesta a la ECT en los episodios depresivos

Desv. tip. = 2,31
Media = 4,4
N = 36,00

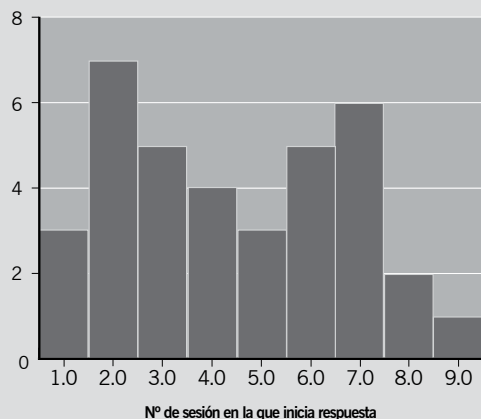
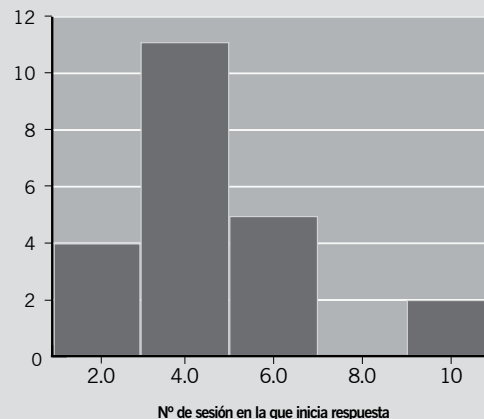


Gráfico 3 | Inicio de la respuesta a la ECT en los trastornos psicóticos agudos y transitorios

Desv. tip. = 2,09
Media = 4,1
N = 22,00



estudio, la cefalea se presentó en tercer lugar, con el 12,8%.

Fue necesario suspender el tratamiento en el 51% de los casos que presentaron complicaciones, lo que corresponde al 7,4% del total de las series.

La presencia de complicaciones aumentó según la edad: 15-29 años 7%, 30-44 años 8,6%, 45-59 años 22,6%, 60 y más 41,2%.

Dos de los pacientes de la muestra fallecieron en el transcurso de 2006, no pudiendo atribuir la causa de estas muertes al tratamiento, ya que esta información no fue consignada en la historia.

Discusión

1) Epidemiología

En nuestro estudio la mayoría de los pacientes que recibieron ECT eran hombres (56,3%), a diferencia de lo hallado en un estudio realizado en el mismo hospital en 1996, en el cual la mayoría de los pacientes de la muestra eran mujeres (59%)⁵.

Un estudio retrospectivo realizado en EE. UU. en 1986, muestra la misma distribución por sexos que dicho estudio nacional de 1996 (en una muestra de 36.558 pacientes que recibieron ECT, el porcentaje de mujeres fue de 71%), planteándose como causa de esta distribución que la indicación más frecuente de ECT es la de los desórdenes afectivos, trastorno más habitual en el género femenino⁶.

La diferencia encontrada entre estos dos estudios y el nuestro podría deberse a que la mayoría de los pacientes analizados tenía diagnóstico de trastorno psicótico que, como sabemos, predomina en el sexo masculino en los hospitales psiquiátricos⁷.

En cuanto al promedio de edad en el cual los pacientes recibieron ECT, podemos decir que se ha mantenido, lo que se evidencia al comparar nuestro estudio (37,5 años) con el de 1996 (36,5 años)⁵.

Aunque la edad avanzada podría llegar a ser una limitante en la indicación de este tratamiento debido a las patologías médicas que este grupo generalmente presenta, existen autores que la consideran incluso de elección: en la bibliografía consultada se plantea este tratamiento como de elección en mayores de 60 años⁶, obteniendo una buena respuesta⁸.

Tabla 5 | Distribución en porcentaje y en frecuencia absoluta de las complicaciones por el tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
DELIRIUM	28	7,9
CV/PP	9	2,5
CEFALEAS	6	1,7
VIRAJE DEL HUMOR	2	0,6
CONVULSIÓN PROLONGADA	1	0,3
EMPEORA EL CUADRO	1	0,3
TOTAL	47	13,3
Sin complicaciones	306	86,7
TOTAL	353	100,0

En nuestro estudio, los resultados mostraron que la edad no fue un factor que determinara de manera notoria una disminución en la indicación de este tratamiento: si bien entre los pacientes que recibieron ECT existe un claro predominio de pacientes jóvenes (70% tenía menos de 45 años y menos del 5% más de 60), al analizar la totalidad de los pacientes ingresados, vemos que se le realizó este tratamiento al 14,3% de los menores de 60 años y al 13,3% de los mayores de 60 (17 de los 128 pacientes mayores de 60, recibieron ECT*), porcentajes que resultan similares.

2) Antecedentes

La gran mayoría de los pacientes de la muestra contaba con internaciones psiquiátricas previas, hecho que también ha sido constatado en otros estudios⁶.

3) Indicaciones

Las indicaciones de ECT halladas como más frecuentes en nuestro estudio, coinciden con las planteadas como de primera línea por el consenso de expertos de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA)⁹: los trastornos afectivos, la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos.

En nuestro trabajo, la indicación más frecuente de ECT fue la del diagnóstico de esquizofrenia, dato que no concuerda con lo hallado en EE. UU., en donde este diagnóstico es el segundo en frecuencia^{6,9}. Podemos atribuir esta diferencia a que la mayor parte de los ingresos al Hospital Vilardebó fue por trastornos psicóticos.

En cuanto a los trastornos afectivos, es llamativo que solo un 1,1% del total de los pacientes estudiados correspondiera a depresión en trastorno bipolar, siendo esta una de las indicaciones de primera línea.

Encontramos pacientes que recibieron ECT cuyos diagnósticos no están dentro de las indicaciones reseñadas en la bibliografía consultada (por ejemplo: demencia, trastornos por consumo de alcohol y de cocaína)^{9,10}.

Pensamos que esto es debido a que tomamos como diagnóstico el de la hoja de cierre, que corresponde al diagnóstico final y no identifica el motivo preciso por el cual se realizó la ECT.

4) Oportunidad

Con respecto al tiempo transcurrido entre el ingreso y el inicio de la ECT, que fue de una media de 22,5 días, pensamos que están influyendo dos factores: el tiempo requerido para evidenciar una falta de respuesta al tratamiento farmacológico y el tiempo necesario para la valoración médica previa, a fin de descartar contraindicaciones al tratamiento. Comparativamente, el estudio realizado en 1996⁵ mostró que el 45% de los pacientes de institución pública analizados, inició el tratamiento antes de cumplidos los 15 días de ingresados.

Desde el punto de vista estadístico, no se encontró diferencias significativas en la cantidad de días cumplidos desde el ingreso hasta el inicio de la ECT según los diferentes diagnósticos mirados en su conjunto (esquizofrenia, depresión, excluidas las enmarcadas en trastorno bipolar, manía, trastornos psicóticos agudos). Sin embargo, se vio que en los trastornos psicóticos agudos este tiempo es notoriamente menor con relación al de la esquizofrenia.

El antecedente de buena respuesta es uno de los factores favorecedores para una indicación precoz de ECT³. A pesar de esto, nuestro estudio no mostró diferencias en la media de días entre el ingreso y el inicio del tratamiento entre los dos grupos: 22,9 días en pacientes con antecedentes de haber recibido ECT comparado con 22,1 días en pacientes sin este antecedente.

Con respecto a la estación del año, sabiendo que existe un patrón estacional asociado a las descompensaciones de ciertas patologías como es el caso los trastornos afectivos, por ejemplo, pensamos que podría haber predominado el inicio del tratamiento electroconvulsivo en determinados meses del año. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los

* Sistema de Información Hospitalaria (SIH).

meses del año en lo que respecta al inicio del tratamiento en la población estudiada, ni siquiera al discriminar según diagnóstico.

5) Características del tratamiento

El número total de sesiones realizadas en las series estudiadas, tuvo una media de 9,9. Este dato es congruente con el estudio de 1996⁵ en el cual el 32% de las series comprendió 10 sesiones, consistiendo en la indicación más frecuente. También concuerda con otros estudios realizados en nuestro medio, en los que 10 fue el número promedio de sesiones de una serie de ECT^{3, 11}. A nivel internacional, los pacientes reciben generalmente entre 6 y 12 sesiones de ECT^{2, 12, 13}.

No encontramos diferencias significativas en el número total de sesiones realizadas según el diagnóstico.

Con respecto a la frecuencia de las mismas, en el 94% fue de 3 veces por semana, dato que coincide con lo descrito en la literatura nacional¹¹ e internacional: en EE. UU., se realiza por convención 3 veces por semana y en Europa es bisemanal^{2, 13, 14}.

6) Respuesta terapéutica

A nivel general se evidenció una respuesta en el 82,7% de los casos, lo que coincide con lo expuesto en la bibliografía consultada, donde se describe la existencia de respuesta en el 80%¹⁰. Siendo más específicos, hubo respuesta a la ECT en el 96,2% de las series de los pacientes que presentaron trastorno bipolar episodio maníaco, en el 95,8% de los trastornos psicóticos agudos, en el 92,7% de los episodios depresivos (como ya mencionamos, excluidos los correspondientes a trastornos bipolares) y en el 84,4% de las esquizofrenias.

Estos resultados se asemejan a los publicados a nivel internacional: los trastornos depresivos son aquellos que mejor responden¹⁵ con un 80 a 90%^{2, 10}, la manía responde en un 80%^{1, 9} al igual que la esquizofrenia^{1, 15, 16}.

El inicio de la respuesta terapéutica fue, a nivel general, a la 4,5 sesión, al igual que plantea la bibliografía: tras la tercera o cuarta sesión se observa algún grado de mejoría⁸.

Al observar las diferentes medias en el número de sesión en que comienza la respuesta, constatamos que son similares a pesar de los diagnósticos. Al aplicar el test estadístico, vemos diferencias significativas entre los distintos grupos: en la depresión (excluida la bipolar) se evidencia una respuesta bimodal, con un grupo de pacientes que comienza a responder entre la 2ª y 3ª sesión y otro entre la 6ª y 7ª; en el trastorno psicótico agudo hay un claro predominio del inicio de la respuesta en la 4ª sesión.

Identificar en qué momento del tratamiento se evidenciaba el inicio de una respuesta favorable, fue uno de los principales objetivos de nuestro estudio para, de este modo, poder comparar los resultados obtenidos con otros estudios similares. No fue posible encontrar literatura a nivel internacional al respecto.

7) Complicaciones

La complicación más frecuente en nuestro estudio fue el delirium. Esta complicación también fue descrita como la más frecuente junto con la amnesia prolongada en la década de los 80¹⁷.

Si bien en la literatura internacional se describe la cefalea como la más frecuente¹⁸, creemos que esta diferencia se explica por un subregistro de esta complicación, fundamentalmente debido a que la misma es transitoria y de fácil tratamiento.

En nuestro estudio, fue necesario suspender el tratamiento en un 7,4% del total de los casos, mientras que en el estudio de 1996 lo fue en un 7%⁵.

Hubo que suspender el tratamiento en el 51% de los pacientes que presentaron complicaciones.

Como ya fue mencionado en la exposición de los resultados, las complicaciones aumentan con la edad, hecho ya descrito en la bibliografía consultada. Esto es debido a que los pacien-

tes años presentan mayor comorbilidad con patologías médicas y tienen alteraciones farmacocinéticas que requieren ajustes en los fármacos utilizados¹⁸. Sin embargo, como ya analizamos, esto no determina una disminución en la frecuencia de indicación de este tratamiento.

Como se dijo, en el transcurso del año 2006 fallecieron 2 de los pacientes a los que se les realizó ECT, no siendo posible atribuir estas muertes al tratamiento electroconvulsivo.

De todas formas, sabemos que la tasa de mortalidad es muy baja: según datos nacionales, en 100.425 tratamientos realizados en 15 años en la década del 80, hubo 2 muertes¹⁷.

A nivel internacional la mortalidad es de 1 en 10.000 pacientes o 2 por 100.000 sesiones de ECT^{8,10}; la misma se debe, por lo general, a complicaciones cardiovasculares¹⁹.

Dificultades

Las dificultades que encontramos en la realización del presente estudio estuvieron vinculadas a las características del registro de las historias clínicas. Dado que analizamos 323 pacientes los resultados tienen fiabilidad.

Conclusiones

En el estudio descriptivo retrospectivo que realizamos en el Hospital Vilardebó sobre los pacientes que recibieron ECT en el año 2006, hallamos que:

Los pacientes que recibieron ECT con una frecuencia francamente mayor, fueron los portadores de esquizofrenia.

El tiempo medio transcurrido entre el ingreso y el inicio de la ECT, tuvo una media de 22 días, sin variaciones significativas según si tenían o no antecedentes de haber recibido ECT.

El 82,7% de los pacientes respondió al tratamiento, no pudiendo afirmar que esta respuesta se deba exclusivamente a la ECT, ya que todos los pacientes mantuvieron concomitantemente el tratamiento farma-

cológico. No respondió a la ECT el 6,8% de los pacientes.

El número de sesión en la cual se registró el inicio de la respuesta tuvo una media de 4,5.

Al analizar el número de sesión en la cual se objetiva una respuesta según los diferentes diagnósticos, encontramos un patrón bimodal en los episodios depresivos. Este hallazgo podría tener implicancias clínicas: una falta de respuesta en las primeras sesiones de ECT en este grupo de pacientes no implicaría una refractariedad al tratamiento, ya que podría haber un grupo de pacientes que responden luego de la sexta sesión.

En el trastorno bipolar episodio maníaco, dado que el patrón de respuesta hallado es homogéneo, esta sería esperable a cualquier altura del tratamiento.

Tanto en la esquizofrenia como en el trastorno psicótico agudo evidenciamos un claro predominio en el inicio de la respuesta en la cuarta sesión.

La complicación más frecuente fue el delirium.

En la mitad de los casos en los que se presentaron complicaciones fue necesario suspender el tratamiento electroconvulsivo.

Agradecimientos

Queremos agradecer a quienes han sido fundamentales para la realización de este trabajo:

Al Profesor Dr. Mario Wschebor, por su invalorable colaboración en el procesamiento estadístico de los datos.

A nuestros docentes: Prof. Adjunto Dr. P. Zurmendi y Asistente Dr. M. Bouissa, por todo el material brindado.

A la Licenciada en enfermería De Lima, de ECT.

Al Sr. Moreno, del Sistema de Información Hospitalaria del Hospital Vilardebó.

A todo el personal de archivo médico del Hospital Vilardebó.

Al Prof. Dr. L. Valdez, Director de Salud Mental ASSE y a la Dra. A. Acosta, Directora del Hospital Vilardebó.

Referencias bibliográficas

1. **Isenberg K, Zorumski CF.** Electroconvulsive therapy. In: Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive textbook of Psychiatry. Seventh edition on CD-ROM, 2004.*
2. **Taylor S.** Electroconvulsive therapy: a review of history, patient selection, technique, and medication management. *South Med J* 2007; 100:494-498.
3. **Casarotti H, Otegui J, Savi G, Zurmendi P, Galeano E, Gold A.** Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68:7-41.
4. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1992.
5. **Acosta L, Olivera N, Tasistro S.** Estudio comparativo de la electroconvulsoterapia entre una institución pública y una institución privada, 1996. Monografía de posgrado. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. Universidad de la República. 1996.
6. **Thompson J, Weiner R, Myers P.** Use of ECT in the United States in 1975, 1980, and 1986. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1657-1661.
7. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. Versión española, Barcelona: Masson; 1995.
8. **Rojo JE.** Tratamientos Físico-Biológicos. En: Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.* 6a ed Barcelona: Masson; 2006; pp. 767-773.
9. American Psychiatric Association. *The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging, 2nd ed.* Washington DC, American Psychiatric Association; 2001. Capítulos: 2, 4, 7 y 9.
10. **Fédération Française de Psychiatrie.** *Recommandations pour la pratique clinique. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie.* 1998. Publicado en www.sfar.org/ectrecomm. Fecha de consulta: noviembre 2007.
11. **Lyford Pike A, Otegui J, Savi G, Fernández M, Arigón M.** Tiempo de cambio: electroconvulsoterapia (ECT) en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1994; 328: 23-29.
12. **Lisanby S.** Electroconvulsive therapy for depression. *N Engl J Med* 2007; 357:1939-1945.
13. **Guidance on the use of electroconvulsive therapy.** *Technology Appraisal* 59, April 2003. Review date: november 2005. National Institute for Clinical Excellence, London England. Publicado en www.nice.org.uk. Mayo 2007.
14. **Abrams R.** ECT technique: electrode placement, stimulus type, and treatment frequency. In: Coffey CE, ed. *The clinical science of electroconvulsive therapy.* First edition. Washington DC. American Psychiatric Press; 1993, pp. 2-23.
15. **Endler N, Persal E.** Indications for the use of ECT. *Electroconvulsive therapy: the myths and the reality.* Toronto: Hans Huber Publishers; 1988, pp. 31-42.
16. **Beyer J, Weiner R, Glein M.** Indicaciones de la ECT. *Terapia electroconvulsiva, un texto programado.* Barcelona: Masson; 2005, pp. 5-14.
17. **Otegui J.** Práctica de ECT en Montevideo en la década de los 80. V Congreso Uruguayo de Psiquiatría, 27 a 31 de octubre de 1992. Video de la biblioteca del SMU. Uruguay.
18. **Beyer J, Weiner R, Glein M.** Efectos secundarios. *Terapia electroconvulsiva, un texto programado.* Barcelona: Masson; 2005, pp. 15-21.
19. **Endler N, Persal E.** Side effects and complications of ECT. *Electroconvulsive therapy: the myths and the reality.* Toronto: Hans Huber Publishers; 1988, pp. 65-69.