

*Electroconvulsoterapia en adultos mayores en el Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo**

Revisión de casos en el período 2001-2011

Trabajo original

Resumen

Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de las 37 pacientes que recibieron electroconvulsoterapia en el Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo en el período 2001-2011. Veinticinco pacientes recibieron ECT en una oportunidad y doce en dos o más ocasiones, totalizando 63 las series realizadas. En 15 series se requirió la prolongación en 7.8 sesiones promedio el tratamiento inicial para consolidar la respuesta. La indicación estuvo determinada por la falta de respuesta al tratamiento farmacológico, en pacientes con psicosis crónica, trastornos afectivos y demencia. Se indicó con frecuencia bisemanal en los pacientes mayores de 80 años. Se logró remisión completa del cuadro que motivó la ECT en 75 % y parcial en el 23 % de los casos. La comorbilidad fue de cinco a siete condiciones médico-psiquiátricas. Se presentaron complicaciones en 8 % de los tratamientos; en 23.8 % de los pacientes se presentaron patologías somáticas intercurrentes; no fue necesario suspender definitivamente los tratamientos en ningún caso.

Palabras clave

ECT
Adulto mayor
Psicogeriatría

Summary

A retrospective descriptive study is presented based on the revision of clinical records of 37 patients undergoing electroconvulsive therapy at a geriatric hospital between 2001 and 2011. There were 63 ECT series; 25 patients underwent just one and 12 underwent two or more. In 15 series an average of 7.8 sessions were needed to consolidate response. The ECT indication was due to lack of psychopharmacological response in cases of chronic psychosis, affective disorders, and dementia. In the 80+ group the indication was twice weekly. Complete remission was achieved in 75 % of the cases, partial remission in 23 % of the cases. There was a 5 to 7 medico-psychiatric conditions comorbidity. Complications arose in 8% of the therapies: 23.8 % of the patients presented other organic disorders; no definitive ECT interruptions were needed.

Key words

ECT
Elderly people
Psychogeriatrics

Autoras

Rossana Lucero

Médica psiquiatra

Giannina Casali

Médica psiquiatra

Rosa González

Médica psiquiatra

Alejandra Talice

Médica geriatra

María Celia Barrios

Médica psiquiatra

Correspondencia:

Rossana Lucero

Av. 18 de Julio 2058/1201

lucero.abreu@gmail.com

* Administración de los Servicios de Salud del Estado. Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

Introducción

La electroconvulsoterapia (ECT) es un tratamiento psiquiátrico efectivo y seguro. En su proceso interviene el estímulo eléctrico para la inducción de una crisis tónico-clónica generalizada como desencadenante de una serie de procesos neuroquímicos cerebrales inductores del efecto terapéutico. Se realiza bajo anestesia, general, ultracorta y ligera; y con relajación muscular para minimizar la actividad motora convulsiva. Es realizada por un equipo interdisciplinario integrado por psiquiatra, anestesista y enfermería, previa obtención de consentimiento informado, firmado por el paciente o su representante legal. La tasa de mortalidad es de 2 cada 100.000 sesiones individuales, menor que la reportada en partos normales, y se encuentra asociada al riesgo anestésico.^{1,2}

La decisión de indicar ECT corresponde al juicio clínico sobre la gravedad de la enfermedad, la situación médica general, la resistencia a otros tratamientos, la valoración de la urgencia en la obtención de la respuesta (por ejemplo, riesgo de suicidio), los antecedentes de buena respuesta en tratamientos anteriores y la preferencia del paciente. De acuerdo con el momento evolutivo del trastorno psiquiátrico, la ECT puede ser indicada para buscar la remisión de la situación aguda (tratamiento activo), mantener la remisión de los síntomas durante los seis meses siguientes a la remisión del trastorno (tratamiento de mantenimiento) y prevenir la aparición de un nuevo episodio después de los seis meses de haber logrado la remisión (tratamiento preventivo).^{3,4}

En nuestro país un importante número de adultos mayores recibe tratamiento con ECT en distintas instituciones, tanto a nivel público como privado.

Los factores que contribuyen a su uso en las personas mayores son:

1. Mayor sensibilidad de las personas mayores a los efectos secundarios de los fármacos.

2. Alto número de fármacos que las personas mayores reciben en total para tratamiento de sus patologías somáticas.
3. El riesgo de complicaciones y muerte por depresión grave que implica la necesidad de una respuesta rápida.
4. La existencia de estudios que muestran la eficacia y seguridad, con una asociación positiva entre la edad y la respuesta a la ECT.^{5,6}
5. La depresión psicótica y las presentaciones con estupor o agitación psicomotriz que son frecuentes en este grupo de edad y que muchos psiquiatras consideran la ECT como tratamiento de primera línea para estos cuadros, así como para el tratamiento de las depresiones resistentes.⁷⁻⁹

A pesar de lo expuesto, aún existe una alta variabilidad en el uso y práctica de la ECT, determinada en su mayor parte por falta de información y percepciones negativas o prejuiciosas sobre el tratamiento.¹⁰⁻¹⁶

El Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo (HCGPC) es actualmente un Centro Geriátrico polivalente, de referencia nacional, que provee servicios de estadía diurna (Centro Diurno), media estancia (Unidad de Media Estancia y Rehabilitación), unidades de larga estancia (Unidad de Alta Dependencia y Cuidados Paliativos, Unidad de Semidependientes, Unidad de Psicogeriatría y Unidad de Demencias Graves) y un servicio de acogida e inserción familiar, el Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC). El HCGPC tiene 280 camas de larga estadía, 45 plazas o lugares en el Centro Diurno, 12 camas de rehabilitación y 10 plazas o familias en SAIC. Cada uno de estos servicios tiene criterios estructurados de ingreso y exclusión, cuya descripción supera los cometidos de este trabajo y están disponibles en su página web.¹⁷

La creación del Departamento de Psicogeriatría, que se fue formando gradualmente con el ingreso de especialistas en psiquiatría, formó parte del proceso de reconversión iniciado en 2001 del viejo Hospital-Hogar con un modelo de hospicio asilar de beneficencia del siglo XIX

hacia un moderno Hospital Centro Geriátrico, basado en el concepto de derechos de las personas mayores a la atención socio-sanitaria integral especializada. Los psiquiatras que forman este equipo han participado activamente y en forma integrada y coordinada con el servicio médico y el servicio de trabajo social, con objetivos comunes dictados por la dirección a través de su plan de gestión: 1) Desinstitucionalización y reorganización de la atención, 2) Gestión del conocimiento, 3) Desarrollo y estímulo de la autonomía, participación y pleno ejercicio de los derechos de los residentes y 4) Proyección del Centro hacia la comunidad.

En este contexto, se coordinó con la dirección del Hospital Vilardebó la realización de la ECT en forma ambulatoria para los usuarios del HCGPC, en el Servicio de ECT del Hospital Vilardebó.

El interés principal de este trabajo es realizar una revisión crítica de los resultados obtenidos con la ECT en adultos mayores durante los primeros diez años de existencia del Departamento de Psicogeriatría en el HCGPC. La descripción de la población asistida será retomada más adelante, en la discusión de los resultados.

Objetivo

Realizar un análisis descriptivo de la población y de la respuesta terapéutica obtenida en las personas mayores que han sido tratadas con ECT en el HCGPC, en el período 2001-2011. Comparar los resultados de la población estudiada con la bibliografía actual.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisó del archivo pasivo todas las carpetas de los pacientes fallecidos y altas definitivas desde el año 2001 al 2004, y se

seleccionó aquellos que recibieron ECT en cualquier momento del intervalo estudiado. Del archivo activo se revisó las historias correspondientes a los pacientes internados, de acuerdo con las planillas realizadas por el Departamento de Registros Médicos con los registros de usuarios que fueron trasladados para tratamiento ambulatorio con ECT al Hospital Vilardebó, en el período 2005-2011. Se recogió las variables a estudiar en una planilla electrónica diseñada a tales efectos, que incluyó la ficha patronímica, diagnósticos médicos somáticos y psiquiátricos, características del tratamiento con ECT, respuesta al tratamiento y complicaciones.

Los diagnósticos fueron agrupados siguiendo la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)¹⁸ identificando la presencia de enfermedades crónicas y las condiciones clínicas agudas que motivaron la indicación de la ECT.

En la patología somática se consignó los diagnósticos por órgano, sistema, aparato o especialista consultado; se asignó el valor 1 a la presencia y 0 a su ausencia, sumando la cantidad de órganos, sistemas o aparatos afectados.

Los resultados del tratamiento con ECT fueron clasificados de acuerdo con las anotaciones del psiquiatra tratante en la evolución o al final de la serie indicada, catalogándolos como respuesta COMPLETA cuando se logró la remisión total del cuadro agudo que motivó la indicación del tratamiento, NO cuando no hubo ninguna mejoría y PARCIAL cuando hubo persistencia de los síntomas o signos con menor intensidad que al inicio del tratamiento.

Las complicaciones fueron definidas como la presentación de eventos ocurridos durante o inmediatamente después de realizada la sesión, que persistieron más de 24 horas o que requirieron cambio del plan terapéutico, consulta médica o suspensión del tratamiento.

Se determinó las medidas de tendencia central que se presentan en valores absolutos, porcentajes, media y desvío estándar. Para la comparación se utilizó test de Student para las variables continuas y Chi cuadrado en el caso

de variables discretas o categoriales, con un nivel de significación $\alpha=0,05$; implementados en el software SPSS 17.0.

Resultados

En el período 2001-2011 recibieron tratamiento con ECT 37 pacientes. Veinte mujeres (54 %) con edad promedio 70.2 ± 10.9 años y 17 hombres (46 %) con edad promedio 68.5 ± 11.2 años, sin diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.92$). Las edades mencionadas corresponden al momento del ingreso

al estudio (primer tratamiento con ECT en el período considerado).

Los diagnósticos crónicos encontrados fueron, en orden de frecuencia: psicosis crónica 23 (62 %), demencia 8 (22 %), trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol 6 (16 %), retraso mental 5 (14 %), trastorno depresivo recurrente 4 (11 %), trastorno de la personalidad 4 (11 %) y trastorno afectivo bipolar 1 (2.7 %). Dieciocho pacientes (48.6 %) presentaron un solo diagnóstico y 15 (40.5 %), dos o tres diagnósticos, en tanto 4 (10.8 %) no tenían diagnóstico de enfermedad mental crónica. En la tabla 1 se presenta la frecuencia de los diagnósticos en función de su comor-

Tabla 1 | Diagnósticos y comorbilidad de los trastornos mentales crónicos

	N	%
Psicosis crónica	15	40.5
Psicosis crónica * Demencia leve	3	8
Psicosis crónica * Demencia moderada	1	2.7
Psicosis crónica * Demencia severa * Trastorno depresivo recurrente	1	2.7
Psicosis crónica * Demencia severa * Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol	1	2.7
Psicosis crónica * Retraso mental leve	1	2.7
Psicosis crónica * Retraso mental moderado	1	2.7
Demencia moderada * Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol	1	2.7
Retraso mental leve * Trastorno depresivo recurrente	2	5.4
Retraso mental profundo	1	2.7
Trastorno depresivo recurrente * Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol	1	2.7
Trastorno afectivo bipolar * Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol	1	2.7
Trastorno de la personalidad	2	5.4
Trastorno de la personalidad * Trastorno depresivo recurrente * Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol	1	2.7
Trastorno de la personalidad * Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de alcohol * Demencia leve	1	2.7
Sin patología crónica	4	10.8

bilidad; no encontramos asociación entre los diagnósticos crónicos por sexo ($p=0.138$).

Los diagnósticos de la condición clínica aguda que motivó la indicación de ECT correspondieron a reagudización de psicosis crónica en 22 pacientes (59.5 %), episodio depresivo mayor (EDM) en 9 pacientes (24.3 %), trastorno psicótico agudo en 4 pacientes (10.8 %), catatonía en 1 paciente con demencia (2.7 %) y agitación psicomotriz en 1 paciente con retraso mental (2.7 %), como se presenta en la tabla 2. En 2 de los 4 pacientes que no tenían antecedentes de patología psiquiátrica crónica, el episodio agudo para el que se requirió ECT para su tratamiento correspondió a EDM y en los 2 restantes, a trastorno psicótico agudo. En todos los pacientes la ECT fue indicada ante la ausencia de respuesta efectiva al tratamiento farmacológico, en situaciones de riesgo de

aparición de complicaciones graves por la persistencia de anorexia severa, adelgazamiento, declinación funcional y riesgo de desarrollo de úlceras por presión presentes en 17 pacientes (46 %), o de agitación psicomotriz presente en 20 pacientes (54 %).

En 25 pacientes se indicó ECT en una ocasión y en 12 pacientes se indicó ECT en dos o más oportunidades en el período estudiado, resultando un total de 63 tratamientos o series. En las personas que recibieron más de un tratamiento con ECT en el período estudiado, la condición aguda y la causa de indicación de ECT fue la misma en los diferentes momentos evolutivos de un mismo paciente.

No hubo diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de patologías somáticas entre mujeres y hombres, con un promedio de 3.47 ± 1.8 aparatos o sistema afectados en

Tabla 2 | Condición clínica aguda que motivó la indicación de ECT

Diagnósticos de episodio agudo	Frecuencia
Reagudización de psicosis crónica - catatonía inhibida	10
Reagudización de psicosis crónica - catatonía agitada	11
Reagudización de psicosis crónica - inhibición psicomotriz - anorexia severa	1
EDM - catatonía inhibida	2
EDM severo - inhibición psicomotriz	2
EDM severo - inhibición psicomotriz y riesgo de suicidio	1
EDM con síntomas psicóticos - agitación psicomotriz	2
EDM - agitación psicomotriz empeora bajo tratamiento con ATD	2
Trastorno psicótico agudo - agitación psicomotriz	4
Catatonía inhibida	1
Agitación psicomotriz	1

Tabla 3 | Patologías somáticas

	Valor absoluto	Porcentaje
Respiratorio	18	49
Visión	18	49
Cardiovascular	17	46
Piel	17	46
Quirúrgico	14	38
Neurología	12	32
Endócrino-metabólico	11	30
Urológico	11	30
Traumatología	9	24
Otorrinolaringología	8	22
Digestivo	6	16
Reumatología	3	8
Oncología	1	3
Ginecología	3	-

mujeres y 4 ± 2 en hombres ($p=0,96$), como se presenta en la tabla 3.

Las series indicadas consistieron en promedio a 10 ± 0.7 sesiones. En 10 (15.9 %) de los 63 tratamientos indicados, los pacientes requirieron la prolongación de la serie de tratamiento activo en 7.8 sesiones promedio (rango 5-10) para consolidar la respuesta.

La única variable que presentó diferencia significativa fue la frecuencia semanal en función de la edad: en el grupo con dos sesiones la edad media fue de 80.6 ± 5.1 y en el grupo con tres sesiones fue de $68,7 \pm 10$ años ($p=0.01$).

La ECT de mantenimiento (ECT-M) se realizó en pauta variable, siendo las indicaciones más

frecuentes semanal y quincenal durante 30 a 60 días con continuación mensual en el rango de tres a doce meses. De los 25 pacientes que recibieron ECT en un único tratamiento en el período estudiado, en 9 se indicó ECT-M y en 16 no; en tanto en los 12 que recibieron ECT en dos o más oportunidades la ECT-M fue indicada en 11 de ellos y solamente en uno no; con asociación significativa ($p=0.002$) de la indicación de ECT-M en pacientes con dos o más tratamientos.

La respuesta fue catalogada como completa en 45 (75 %), parcial en 14 (23 %) y sin respuesta en 1 (2 %), en el total de los 63 tratamientos realizados; en tres series de tratamiento activo no se pudo encontrar la información sobre

la respuesta al tratamiento. No se encontró diferencia significativa en la respuesta al tratamiento entre mujeres y hombres ($p=0.39$), como se presenta en la tabla 4. En todos los pacientes en que se indicó ECT en más de una ocasión se registró respuesta completa en todas las oportunidades.

Las complicaciones se presentaron en 3 de los 63 tratamientos (4.8 %). Delirium, en 2 pacientes. En un caso se resolvió con la disminución de la frecuencia de las sesiones de tres a dos veces por semana sin que se reiteraran complicaciones (se trata de una paciente sin deterioro cognitivo que había recibido ECT tres

Tabla 4 | Distribución de la respuesta en tratamientos con ECT según sexo (en valores absolutos)

	Mujeres	Hombres	TOTAL	P
Respuesta completa	32	13	45	
Respuesta parcial	8	6	14	
No responde	1	0	1	
Sin dato	1	2	3	
TOTAL	42	21	63	0,39

veces por semana en otras oportunidades, sin antecedentes de complicaciones); en la otra situación, una paciente portadora de psicosis crónica y demencia moderada-severa, se mantuvo la indicación incambiada por la gravedad del cuadro agudo (impulsividad catatónica) y se logró la remisión tanto del cuadro catatónico como del delirium, una vez finalizada la serie de tratamiento activo. En 1 paciente se presentó hipertensión arterial post-ECT en la primera sesión de la serie indicada, situación que se resolvió con el tratamiento pre-ECT con enalapril en las siguientes sesiones sin que se repitiera esta complicación.

En 15 de las 63 series de tratamiento activo, se realizó una interrupción transitoria por la presencia de afecciones orgánicas no relacionadas con la ECT (23.8 %): 3 casos por hipertensión arterial, 1 caso de hipotensión arterial, 10 por cursar cuadros infecciosos (respiratorio, urinario, gastroenterocolitis) y 1 por pediculosis. En todos ellos el tratamiento

con ECT se reinició inmediatamente a la estabilización clínica y normalización de exámenes de laboratorio; el rango de interrupción varió entre uno y veinte días, y las interrupciones fueron menores en las situaciones de desregulación de la presión arterial y mayores en los cuadros infecciosos.

En 1 cuadro depresivo y 5 de catatonía la sintomatología se inició durante el transcurso de una patología somática (hipotiroidismo, infecciones urinarias o respiratorias).

Siete mujeres (edad 75 ± 5.2 años) y 8 hombres (edad 73.4 ± 3.2 años) fallecieron en el período estudiado. El tiempo transcurrido entre el tratamiento y el deceso fue significativamente mayor ($p=0.039$) en mujeres (40.6 ± 27.9 meses) que en hombres (12.6 ± 19.1 meses). En ninguno de ellos la causa de muerte se relacionó con el tratamiento con ECT.

Discusión

Este trabajo es el primero que se realiza en el país referido específicamente a la ECT en adultos mayores institucionalizados, con un seguimiento durante diez años. De todas formas, en el momento de comparar sus resultados con los de la bibliografía se debe tener en cuenta que se trata de un estudio descriptivo retrospectivo sin grupo control, con un bajo número de pacientes, lo que no permite la generalización de los planteos. El bajo número de pacientes en este estudio se explica mayormente por las características del hospital y del período revisado, ya que al inicio del estudio residían en el HCGPC aproximadamente 450 personas, 31 % mujeres y 69 % hombres, con edad promedio de 70,6 años (rango 39 a 98), con extensos períodos de permanencia en la institución (siete a diez años). Durante el proceso de reconversión la dotación de camas fue progresivamente disminuida, siendo de 300 camas al final de este estudio, debido a que se establecieron criterios de ingreso para favorecer la atención de pacientes mayores de 65 años y con mayor grado de discapacidad; paralelamente a la implementación de estrategias de desinstitucionalización en el caso de la población no geriátrica existente, especialmente de los casos que tenían entorno continente, y para los residentes provenientes del interior, para los que se buscó formas de emplazamiento en su departamento de origen, para favorecer de este modo el contacto con su entorno familiar y social.

Respecto a la distribución por sexo, no hubo diferencia significativa entre edad y sexo de los pacientes en este estudio, en tanto, como fue mencionado, la población del hospital era mayoritariamente masculina. Este resultado podría deberse a que en las personas mayores institucionalizadas la severidad de la patología mental podría tomar mayor relevancia sobre las diferencias de prevalencia por género de las mismas enfermedades cuando se analizan en personas jóvenes. También debe plantearse un sesgo por género, pues las mujeres

institucionalizadas presentan situaciones clínicas más graves y de mayor resistencia a los tratamientos farmacológicos.

Respecto a la frecuencia de los diagnósticos de psicosis crónica y trastorno depresivo recurrente, fue similar a la encontrada en el último estudio realizado en el Hospital Vilardebó,¹⁹ pero con menor frecuencia en nuestro estudio de trastorno afectivo bipolar. La diferencia principal es que en nuestro estudio se realizó ECT en 8 (22 %) pacientes con demencia y que no se encontró este diagnóstico en las referencias nacionales.

Al considerar la presencia de las enfermedades somáticas y los trastornos mentales, se encontró que en cada paciente confluyen entre cinco y siete condiciones diferentes, lo que contribuye a demostrar que la ECT puede ser realizada con seguridad y eficacia en poblaciones especiales con mayor incidencia de factores de riesgo.

En 1 cuadro depresivo y 5 de catatonía la sintomatología se inició durante el transcurso de una patología somática (hipotiroidismo, infecciones urinarias o respiratorias). De acuerdo con la bibliografía, la catatonía de causa somática puede llegar a representar el 20 a 30 % de los casos, incluyendo traumatismo de cráneo, infecciones del sistema nervioso central, epilepsia, trastornos endócrinos y metabólicos, fallo hepático, encefalopatía hepática, lupus eritematoso sistémico, infecciones y efectos adversos a medicamentos. Para el manejo de estos casos, el proceso subyacente fue tratado en primer lugar y luego se abordó la catatonía con las líneas habituales de tratamiento.²⁰

Las características generales de las series indicadas correspondieron a las señaladas en el protocolo de la Sociedad de Psiquiatría Americana.⁴ La única variable que se asoció con una diferencia significativa en la población estudiada fue la frecuencia semanal en función de la edad, lo que coincide con estudios de seguridad realizados en personas mayores de 75 años²¹ en los que se realizaron un promedio de 6.7 sesiones con un rango de 1 a 19, aplicadas dos veces por semana.

Durante todos los tratamientos con ECT los pacientes estaban recibiendo tratamiento farmacológico, por lo que los resultados obtenidos son en tratamiento combinado, en ningún caso como efecto exclusivo de la ECT. Al comparar los resultados obtenidos en el presente trabajo con el último que se realizó en Uruguay, que se tomó como referencia nacional por ser el más cercano en el tiempo,¹⁹ se encontró que la respuesta al tratamiento es similar a la obtenida en personas jóvenes, siendo en el presente trabajo la respuesta completa en 45 (75 %), parcial en 14 (23 %) y sin respuesta en 1 (2 %), y en el trabajo de referencia 82.7 % respondieron, 4.2 % presentaron respuesta parcial y 6.8 % sin respuesta. No es posible ahondar en conclusiones dada la diferencia entre el número de pacientes que participaron en ambos estudios: 37 en este trabajo y 323 en el de referencia.

El valor predictivo referido en los protocolos y estudios de referencia se confirmó, ya que se encontró que en 12 pacientes se indicó ECT en dos o más oportunidades en el período de diez años, con buena respuesta en todos ellos sin diferencia por sexo ($p=0.114$), edad ($p=0.81$) o enfermedad mental crónica ($p=0.73$) de base. En las personas que recibieron más de un tratamiento con ECT en el período estudiado la patología aguda y la causa de indicación fue la misma en los diferentes momentos de la misma persona. Estudios naturalísticos y randomizados han documentado que la tasa de recaída es mayor en los primeros seis meses luego de finalizada la ECT de fase aguda,²² y que la frecuencia de recaída/recurrencia alcanza el 40 a 60 % en pacientes tratados con ECT-M, siendo mayor en pacientes con trastorno bipolar I (episodio depresivo), esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo,²³ por lo que es imprescindible el seguimiento cercano en quienes se suspende la ECT-M y en aquellos con alto riesgo de recaída/recurrencia la ECT-M permanente debe ser considerada. En consecuencia, la optimización del tratamiento con ECT-M requiere que la pauta a seguir sea flexible e individualizada.²⁴⁻²⁶

En este estudio las complicaciones se presentaron en 3 tratamientos (4.8 %). Estos resultados son comparables con los obtenidos por Gormley y cols.,²¹ quienes en su trabajo sobre seguridad y eficacia de la ECT en personas mayores de 75 años informan que los efectos secundarios correspondieron a confusión/desorientación prolongada en 6.5 % (4 de los 8 pacientes padecían demencia), hipomanía en 4.3 % (2 de los 4 pacientes tenían antecedente de trastorno bipolar). Compartimos la recomendación de estos autores respecto a que la preocupación por disminuir los efectos secundarios modificando la técnica debe ser cuidadosamente evaluada para no producir una disminución de la eficacia terapéutica.^{27, 28}

Como fue mencionado, ninguno de los fallecimientos ocurridos en el período estudiado se relacionó con la ECT. Resulta relevante que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de una enfermedad mental grave que requirió ECT y el deceso haya sido significativamente mayor en mujeres que en hombres, ya que autores como Ryan y cols.²⁹ plantean que, en particular, la depresión grave en hombres ancianos constituye un marcador de mortalidad. Compartimos con Mulder³⁰ y su grupo de trabajo que, aun en situaciones de enfermedades graves e irreversibles, es nuestra obligación ofrecer a las personas todas las herramientas terapéuticas de las que disponemos para brindarles la mejor calidad de vida posible en todo momento, por lo que la indicación de ECT debe ser considerada en cada individuo valorando cuidadosamente el riesgo/beneficio.

Conclusiones

En la población estudiada la ECT ha sido eficaz y segura para el tratamiento de condiciones clínicas agudas graves. La mayoría de los diagnósticos correspondieron a reagudización/recaída de enfermedades mentales crónicas: psicosis, trastorno depresivo recurrente y demencia; con compromiso vital y ausencia

de respuesta al tratamiento farmacológico. La pauta de los tratamientos para fase aguda y ECT de mantenimiento indicados fueron similares en todos los aspectos a excepción de la frecuencia semanal que fue menor en pacientes de 80 años de edad en promedio y la ECT-M que se indicó con mayor frecuencia en pacientes con dos o más tratamientos activos previos con ECT. Los pacientes que respondieron a la ECT en una oportunidad, también lo hicieron cuando fue indicado posteriormente ante la aparición de nuevos episodios agudos. El seguimiento interdisciplinario permitió que los pacientes que presentaron patología somática intercurrente fueran detectados y atendidos en forma precoz y oportuna, de forma que el tratamiento con ECT pudo ser continuado inmediatamente a la resolución del cuadro somático sin que se requiriera la suspensión definitiva en ninguno de ellos.

Referencias bibliográficas

1. **Casarotti H, De Pena M, Otegui J, y cols.** Recomendaciones al MSP en relación a la normatización del tratamiento por estimulación cerebral o tratamiento electroconvulsivo - TEC. *Rev Psiquiatr Urug* 1995; 59(330):45-55.
2. **Fink M, Taylor MA.** Electroconvulsive therapy: evidence and challenges. *JAMA*, 2007; 298(3):330-332.
3. **Casarotti H, Otegui J, Savi G, Zurmendi P, Galeano E, Gold A.** Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68(1):7-41.
4. American Psychiatric Association Committee on ECT. The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging. 2nd. ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001, 355 pp.
5. **Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJ, Beekman AT.** The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(10):894-904.
6. **Damm J, Eser D, Schüle C, et al.** Influence of age on effectiveness and tolerability of electroconvulsive therapy. *J ECT* 2010; 26(4):282-288.
7. **Mitchell AJ, Subramaniam H.** Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162(9):1588-1601.
8. **Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, et al.** Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(12):1337-1344.
9. **Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, et al.** Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285(10):1299-1307.
10. **Fink M.** Electroconvulsive therapy resurrected: its successes and promises after 75 years. *Can J Psychiatry* 2011; 56(1):3-4.
11. **Steinberg H.** Electrotherapeutic disputes: the "Frankfurt Council" or 1891. *Brain* 2011; 134:1229-1243.
12. **Gilman SL.** Electrotherapy and mental illness: then and now. *Hist Psychiatry* 2008; 19(3):339-357.
13. **Euba R.** Electroconvulsive therapy and ethnicity. *J ECT* 2012; 28(1):24-26.
14. **Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Rigonatti SP, Cordeiro Q.** Electroconvulsive therapy in Brazil after the "Psychiatric Reform". A public health problem-example from a university service. *J ECT* 2012; 28(3):170-173.
15. **Eranti SV, McLoughlin D.** Electroconvulsive therapy-state of the art. *Br J Psychiatry* 2003; 182:8-9.
16. **Aki OE, Ak S, Sonmez YE, Demir B.** Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy among medical

- students, psychology students, and the general public. *J ECT* 2013; 29(1):45-50.
17. Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo. <www.pineyrodeltcampo.org.uy>.
 18. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1992.
 19. **Wschebor M, López Rega G, Santos V, Brescia S, Romano S.** Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Viladebó en el año 2006. *Rev Psiquiatr Urug* 2009; 73(2):131-142.
 20. **Weder ND, Muralee S, Penland H, Tampi RR.** Catatonia: a review. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20(2):97-107.
 21. **Gormley N, Cullen C, Walters L, Philpot M, Lawlor B.** The safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 75. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(12):871-874.
 22. **Prudic J, Haskett RF, McCall WV, et al.** Pharmacological strategies in the prevention of relapse after electroconvulsive therapy. *J ECT* 2013; 29(1):3-12.
 23. **Huuhka K, Viikki M, Tammentie T, et al.** One-year follow-up after discontinuing maintenance electroconvulsive therapy. *J ECT* 2012; 28(4):225-228.
 24. **Rabheru K.** Maintenance electroconvulsive therapy (M-ECT) after acute response: examining the evidence for who, what, when, and how? *J ECT* 2012, 28(1):39-47.
 25. **Atchugarry M, Castillo R, Casto G, Flores Amargós D, Lyford-Pike D.** ECT de mantenimiento. *Rev Psiquiatr Urug* 1993; 57(326):36-42.
 26. **Martínez-Amorós E, Cardoner N, Soria V, Gálvez V, Menchón JM, Urretavizcaya M.** Long-term treatment strategies in major depression: a 2-year prospective naturalistic follow-up after successful electroconvulsive therapy. *J ECT* 2012; 28(2):92-97.
 27. **Gardner BK, O'Connor DW.** A review of the cognitive effects of electroconvulsive therapy in older adults. *J ECT* 2008; 24:68-80.
 28. **Ottosson JO, Odeberg H.** Evidence-based electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125(3):177-184.
 29. **Ryan J, Carriere I, Ritchie K, et al.** Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use. *Br J Psychiatry* 2008; 192(1):12-18.
 30. **Mulder ME, Verwey B, van Waarde JA.** Electroconvulsive therapy in a terminally ill patient: when every day of improvement counts. *J ECT* 2012; 28(1):52-3.