

# CONSENSO ESPAÑOL

## SOBRE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

### COORDINADORES

MIQUEL BERNARDO ARROYO. ANA GONZÁLEZ - PINTO. MIKEL URRETAVIZCAYA.



**Tabla 2.** Puntos clave en terapia electroconvulsiva (TEC) y catatonía

- En pacientes donde la respuesta a benzodiacepinas ha sido insuficiente o las condiciones médicas son muy desfavorables, como en la catatonía maligna, la TEC se convierte en tratamiento de primera elección.
- Es muy importante la colaboración con otras especialidades (medicina interna, medicina intensiva, cardiología y neurología) en pacientes con importantes alteraciones somáticas.
- Si se precisa de una acción rápida o existe un riesgo vital, es aconsejable la TEC bilateral con una frecuencia de tres o más sesiones por semana.
- No hay evidencias científicas suficientes sobre la mayor eficacia de la combinación de la TEC y las benzodiacepinas en el tratamiento de la catatonía.
- No existe tampoco evidencia sobre la mayor eficacia de combinaciones de la TEC y antipsicóticos, como la clozapina, en los casos de esquizofrenia catatoniforme.

La TEC es efectiva en la depresión bipolar con una tasa de respuesta mayor a la del tratamiento farmacológico, pero con una tasa de remisión similar<sup>21</sup>. Existe un amplio acuerdo entre los clínicos sobre el hecho de que la TEC es más eficaz cuanto más claros son los signos de endogeneidad del cuadro depresivo<sup>6,19,20</sup>. En general, se considera que el comienzo brusco, la duración inferior a un año, la inhibición psicomotriz pronunciada, la pérdida de peso, el despertar temprano, la existencia de antecedentes familiares de depresión, la existencia de antecedentes de buena respuesta a la TEC, la existencia de ideas delirantes<sup>6,22</sup> y la edad avanzada<sup>19</sup> predicen una mejor respuesta al tratamiento. Sin embargo, los datos de investigación sobre predictores clínicos de respuesta a la TEC son contradictorios, y en un reciente metaanálisis<sup>23</sup> únicamente la mayor duración del episodio y la resistencia farmacológica predicen una pobre respuesta a la TEC.

En la depresión del paciente con demencia, la TEC puede ser superior a la farmacoterapia. Se aconseja valorar cuidadosamente los efectos secundarios (especialmente los cognitivos)<sup>6,22,24</sup>.

Para muchos autores, la TEC no debería ser relegada a la última opción terapéutica en la depresión resistente, debido a que en esos casos su eficacia es menor (sobre el 50%) y también es mayor la tasa y rapidez de las recidivas<sup>6</sup>.

En los episodios depresivos, la TEC debería considerarse:

- Para el tratamiento agudo de los episodios depresivos graves, con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas, y en general, cuando la depresión precisa de una respuesta rápida o está en riesgo la vida del paciente.
- En el caso de presentarse:
  - Resistencia al tratamiento antidepresivo.
  - Contraindicación o imposibilidad de administración de fármacos antidepresivos.
  - Antecedentes de buena respuesta.
  - Depresión grave durante el embarazo.
  - Preferencia del paciente.