



TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO (TEC)

Los tratamientos biológicos en psiquiatría comenzaron a principios del siglo XX. La terapia electroconvulsiva (TEC) se desarrolló al tiempo en que existían pocos tratamientos para pacientes psiquiátricos severamente enfermos. En 1935 Sakel indujo episodios de hipoglucemia para causar convulsiones en pacientes psicóticos. Pocos años más tarde, dos psiquiatras, Bini y Cerletti, usaron TEC como una forma más fácil y segura de producir convulsiones. A fines de los años 40, Moniz y Freeman desarrollaban la lobotomía prefrontal para el tratamiento de las psicosis severas. En 1949, Moniz ganaba el premio Nobel.

A partir de ese año, y paralelamente al desarrollo de la psicofarmacología, el uso del TEC comenzó a declinar. En 1949 se descubre la eficacia del litio en el tratamiento de los trastornos del ánimo y en 1952 se sintetiza el primer antipsicótico, la clorpromazina.

A partir de 1980, con la introducción de nueva tecnología, el TEC ganó en seguridad y eficiencia, convirtiéndose en el día de hoy en el tratamiento más rápido y efectivo para la terapia aguda y de mantenimiento de los desórdenes afectivos, severos, resistentes al tratamiento.

Hoy en día, contrario a las creencias de muchas persona, incluso profesionales (acaso por temor, pero más puntualmente por desconocimiento), el TEC sigue siendo un procedimiento biotecnológico humano bien desarrollado y de gran utilidad para el tratamiento de quienes padecen alguna entidad nosológica psiquiátrica, especialmente cuando con los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos no se han alcanzado las respuestas esperadas.

El tratamiento electroconvulsivo (TEC) se utiliza para conseguir una mejora rápida y a cortos plazo de los síntomas severos (enfermedad depresiva severa, catatonía, un episodio maniaco agudo o prolongado).

La decisión de cuanto a si el tratamiento con TEC está clínicamente indicado se basa en una evaluación teniendo en cuenta los riesgos y los beneficios potenciales para el individuo, entre los cuales se encuentran los riesgos asociados con la anestesia, enfermedades comórbidas, probables eventos adversos frente a los riesgos de no tener tratamiento. El estado clínico del paciente se evalúa después de cada sesión de terapia electroconvulsiva.

Por lo general, durante el curso de la terapia electroconvulsiva se realizan entre 6 y 12 sesiones. En general, la terapia electroconvulsiva se administra dos o tres veces a la semana, con menor frecuencia se administra una vez cada quince días. Como mantenimiento de la terapia para prevenir la recidiva de los síntomas se puede realizar un tratamiento mensual.

El tratamiento se realiza bajo un breve control anestésico, con miorelajación, ventilación artificial y mediante el uso de la estimulación eléctrica con aparatos computarizados modulares que monitorean electroencefalográficamente la ligera convulsión que se produce por una onda de



pulsos breves. De esta manera, se logra precisar una mínima intensidad en la estimulación eléctrica con la disminución de los efectos secundarios cognitivos y una reducción drástica de las complicaciones asociadas al tratamiento.

La principal indicación de Tratamiento Electroconvulsivo es la depresión, particularmente en las formas psicóticas, donde esta técnica alcanza mayor efectividad y rapidez que los tratamientos farmacológicos los cuales, en ocasiones, pueden tener mayor número de efectos secundarios y contraindicaciones.

Otras formas de depresión en las que se indica esta terapia son las refractarias a la medicación, la depresión estúpida, la depresión suicida y la acompañada de rechazo a comer o beber.

Asimismo, también se considera eficaz en el tratamiento de la manía y de la esquizofrenia, aunque en estos casos la indicación se reserva a pacientes resistentes a la medicación.

Estudios prospectivos demuestran una eficacia similar o superior a la farmacoterapia en la manía, por lo que teniendo en cuenta que más del 30% de estos pacientes responden escasamente a la terapéutica farmacológica, se debe considerar la realización de Tratamiento Electroconvulsivo como una opción.

También debe considerarse en mujeres embarazadas con manía o depresión que no pueden tomar fármacos específicos por su estado gestante.

Actualmente, se considera que no existen contraindicaciones absolutas para el Tratamiento Electroconvulsivo, aunque sí situaciones de riesgo relativo, de manera que la indicación para el tratamiento se debe basar en una cuidadosa valoración del grado de dicho riesgo en función de la enfermedad existente. La situación del paciente (sobre todo la gravedad y duración de su proceso), la amenaza para la vida que represente el trastorno, la respuesta a otras terapias o al Tratamiento Electroconvulsivo previamente, los efectos adversos o contraindicaciones de otros tratamientos y el peligro de la abstención terapéutica determinan el riesgo relativo del paciente. Se debe tener precaución en pacientes con infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular en los 6 meses previos, edema cerebral y aumento de la presión intracraneana.

Los pacientes de alto riesgo médico y psiquiátrico son los que precisamente más beneficios suelen recibir de la Terapia Electroconvulsiva.

A pesar de la seguridad y eficacia demostradas por el TEC, su uso como herramienta terapéutica varía considerablemente en distintos países (por ejemplo, en los Estados Unidos existe una variabilidad regional de 0,4 a 81,2 pacientes cada 10000). Esta variación en su indicación, posiblemente sea resultado de la falta de consenso en la comunidad médica sobre el uso apropiado y la eficacia de este procedimiento. La indicación de TEC parece hallarse más cercana a la concepción que el médico tiene del TEC que a los resultados de las investigaciones que indican los beneficios de este tratamiento. Este hecho se manifiesta por un acceso, no equitativo,



al TEC. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los grupos de clase socioeconómica más altos son los que reciben TEC más frecuentemente que los grupos más bajos. Solo por medio de la educación continua de los médicos, el TEC se acercará a todos aquellos que puedan beneficiarse con él.

Bibliografía

American Psychiatric Association Task Force on Electroconvulsive Therapy: The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging. American Psychiatric Press, 1978.

Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría, Vol. 10, N° 2, Fleni, pag. 29-34, Octubre 2004 .

Consensus Conference: “Electroconvulsive Therapy” JAMA 254:2103-2108, 1985.

Fink, M.: “The broad clinical activity of ECT should not be ignored (letter;comment)”. J ECT 17:233-235, 2001^a

Fink, M.; “Treating bipolar affective disorder: ECT is effective (letter, comment)”. BMJ 322(7282):365-366, 2001b

Leiknes KI.A., Jarosh-von Schweder, L, & Hoje B.: “Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide” Brain Behav. 2012 May;2(3):283-344.

McDonald WM, Thompson TR, McCall WV & Zorumski CF: “Electroconvulsive therapy”. pp 685-714, Capítulo 44 de Schatzberg A y Nemeroff C: Textbook of Psychopharmacology, 3° ed., 2004. American Psychiatric Publishing Inc.

Miller LJ: “Use of electroconvulsive therapy during pregnancy”. Hosp Community Psychiatry 45:444-450, 1994.

Stanford, AD, Sporn A, Krystal, A, Weiner, R, Lisanby S.: “Convulsive and other somatic therapies” pp.449-465. Capítulo 27 de Gabbard’s treatments of psychiatric disorders.4° ed. 2007. American Psychiatric Publishing Inc.

