

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico seguro, efectivo y rápido del que hay evidencias de su eficacia y está indicado en los siguientes cuadros:

PRINCIPALES INDICACIONES DIAGNÓSTICAS

A) Episodios depresivos monopolares (episodio simple o trastorno depresivo recurrente) y bipolares (episodio depresivo o mixto)

Indicaciones primarias con síntomas psicóticos o sin ellos, cuando hay:

- 1) Inhibición intensa
- 2) Alto riesgo de suicidio.
- 3) Ideas delirantes de negación (Síndrome de Cotard)
- 4) Ansiedad y / o agitación intensa
- 5) Buena respuesta a la TEC en episodios previos

Indicaciones secundarias

- 1) Cuando el paciente no responde a los antidepresivos, después del fracaso de las opciones de falta de respuesta
- 2) Cuando en episodios previos no ha habido una buena respuesta a los antidepresivos ni a las opciones de falta de respuesta
- 3) Cuando la utilización de antidepresivos está contraindicada, o existe rechazo a comer o a beber.
- 4) La melancolía y laseudodemencia depresiva son indicaciones de la TEC. La depresión en la vejez, o la depresión involutiva responden bien, rápidamente y con escasas complicaciones a la TEC.

Considerad el tratamiento de mantenimiento en los cuadros en los que estén contraindicados los antidepresivos o sean ineficaces.

B) Episodios maníacos o mixtos.

Indicaciones primarias

- 1) Si la respuesta farmacológica es insuficiente
- 2) En el delirium maníaco agudo,
- 3) En la manía catatónica

Indicaciones secundarias

- 1) En los episodios con severa agitación que requieren sujeción mecánica o altas dosis de fármacos
- 2) En cuadros prolongados, resistentes al tratamiento psicofarmacológico
- 3) Cuando presentan contraindicaciones a los fármacos, en la mujer gestante, por ejemplo.

C) Esquizofrenia.

Indicaciones primarias

- 1) Agitación o espupor catatónicos.
- 2) Episodios agudos con agitación intensa y gran desorganización
- 3) conductual y cognitiva.

Indicaciones secundarias

Cuando el paciente no responde bien a los fármacos antipsicóticos, después de 6 semanas de administración de un primer FAP y 6 meses de un segundo FAP de un grupo farmacológico diferente al primero. 3 Cuando hay intolerancia o efectos indeseables graves de los FAP (p.ej. síndrome neuroléptico maligno) 4 Si existen síntomas afectivos predominantes S Si hay antecedentes de una favorable respuesta previa a la TEC.

D) Otras indicaciones

- **Enfermedad de Parkinson**, especialmente la complicada con episodios depresivos, y con fenómenos *on-off*.
- **Síndrome neuroléptico maligno**, trastornos de agresividad secundarios a lesiones cerebrales y algunas formas de delirium secundarios a encefalopatías tóxicas o metabólicas, y epilepsia intratable.

En relación con estas indicaciones se establecen varias situaciones en las que se puede plantear un uso primario o secundario de la TEC.

-Uso primario de la TEC.

Situaciones en las que la TEC puede usarse incluso antes de un ensayo con psicofármacos:

- Necesidad de respuesta rápida debido a la severidad de la situación médica o psiquiátrica.
- Cuando los riesgos de otros tratamientos sobrepasan los riesgos de la T.E.C.
- Una historia de pobre respuesta farmacológica y buena respuesta a la TEC en uno o más episodios previos de enfermedad
- Preferencia del paciente.

- Uso secundario de la TEC.

En estas situaciones deberían considerarse una o más pruebas con medicación antidepresiva antes de la referencia a la TEC. La derivación para Tec debería basarse al menos en una de las siguientes situaciones:

- Resistencia al tratamiento
- Intolerancia o efectos adversos con la farmacoterapia más graves que los de la TEC.

- Deterioro de la condición médica o psiquiátrica del paciente, generando la necesidad de una rápida y definitiva respuesta.

CONTRAINDICACIONES Y RIESGOS

Recomendaciones:

- 1.- No hay contraindicaciones médicas absolutas para la TEC
- 2.- En las situaciones en las que la TEC está asociada a una mayor probabilidad de seria morbilidad o mortalidad, la decisión de administrar TEC debería basarse en la premisa de que la situación clínica psiquiátrica del paciente es grave, y que la TEC es el tratamiento disponible más seguro.
- 3.- Antes de la TEC debe realizarse una cuidadosa evaluación médica de los factores de riesgo, con atención específica a las modificaciones del cuidado del paciente o de la técnica de TEC que puedan disminuir el nivel de riesgo.
- 4.- Condiciones específicas que pueden estar asociadas a un sustancial incremento del riesgo:
 - Condiciones cardiovasculares severas o inestables, como infarto de miocardio reciente, angina inestable, insuficiencia cardíaca congestiva mal compensada, y enfermedad cardíaca valvular severa.
 - Aneurismas o malformaciones vasculares que pudieran ser susceptibles de romperse con un incremento de la presión sanguínea.
 - Incremento de la presión intracraneal, que puede ocurrir en algunos tumores cerebrales u otras lesiones ocupantes de espacio.
 - Infarto cerebral reciente - Condiciones pulmonares, tales como una enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, asma o neumonía.
 - Situaciones valoradas como grado 4 o 5 por la A.S.A. (American Society of Anesthesiologists)

PROCEDIMIENTO

El procedimiento indicado ante un paciente candidato a TEC debe incluir las siguientes medidas:

A: Diagnóstico psiquiátrico e indicación de TEC según las normas precedentes. Historia Clínica Psiquiátrica completa.

B: Obtención del consentimiento informado por parte del paciente o de sus allegados, si se estima que el paciente no es capaz de darlo.

C: Protocolo de exploraciones preanestésicas:

- Bioquímica hemática, hemograma y hemostasia
- Niveles séricos de anticolinesterasas : Che y N° de dibucaína
- Radiografía de tórax P.A. y de perfil ECG.

Los precedentes son datos imprescindibles para la evaluación preanestésica.

- TAC craneal
- EEG

D: Tras la obtención de estas pruebas complementarias, solicitud de valoración preanestésica a través de una solicitud de interconsulta al Servicio de Anestesia. E: Programación semanal de las sesiones de TEC antes del miércoles de la semana precedente, a través de la secretaria del servicio.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE (ENFERMERÍA)

- Ayuno mínimo de ocho horas y ducha la noche anterior
- Suspensión de la toma matutina de medicación oral

- Control de constantes, prestando especial atención a la Tensión Arterial. Un parámetro importante para calcular las dosis de fármacos anestésicos es el peso del paciente, que se determinará antes de iniciar el procedimiento.
- Hay que retirar las dentaduras postizas, objetos metálicos, lentes o lentillas, audífonos...
- Hay que procurar el vaciamiento de recto y de vejiga.
- No hay que utilizar lociones capilares o cutáneas ni esmaltes de uñas, pintura de labios o maquillaje.

EJECUCIÓN DE LA SESIÓN

- El celador de los quirófanos acompaña al paciente en su cama desde la sala de psiquiatría al quirófano correspondiente, con la historia clínica del paciente.
 - En la antesala del quirófano, el personal de enfermería coloca la vía venosa al paciente. El anestesista revisa la historia del paciente, y hace su valoración preliminar.
 - En el quirófano, el psiquiatra responsable de la administración de la TEC realiza la valoración clínica previa a la sesión. El personal de enfermería coloca los dispositivos de control ECG, de tensión arterial, y el pulsioxímetro digital.
 - Bajo la dirección del anestesista se inicia la inducción anestésica, habitualmente mediante propofol o sevoflurane, y el bloqueo muscular mediante succinilcolina. Se colocan los dispositivos de registro EEG y se descubren los pies del paciente para valorar la culminación del bloqueo muscular.
 - Cuando ha culminado el bloqueo muscular, a indicación del anestesista, se coloca el protector dental y se aplica el estímulo con aplicación bilateral o unilateral derecha, según la indicación. Un miembro del grupo se ocupa de la aplicación de los electrodos, y otro de accionar el estimulador y de recoger el registro.
 - El registro EEG y de los parámetros de la convulsión se recogerá y adjuntará a la hoja de anestesia, con las constantes, fármacos utilizados y dosis, que será firmada por el anestesista, y donde constan los nombres de los psiquiatras que intervienen en la sesión.
-
- Mientras el paciente recupera la ventilación espontánea y la conciencia, se limpia el gel de la zona de aplicación de los electrodos, y se retiran los electrodos de registro EEG.
 - El paciente es conducido acompañado por el anestesista a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) o a la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) en caso de ser un paciente ambulatorio.
 - En cuanto el paciente está recuperado es conducido a la sala donde se inicia el protocolo post-TEC. Si está en la UCSI, el psiquiatra responsable le dará el alta tras la valoración postanestésica.

PROTOCOLO POST-TEC (ENFERMERÍA)

- Hay que observar las reacciones anómalas post-TEC e informar al médico. Si cefalea: valorar el reflejo de deglución y administrar analgésicos bajo prescripción médica. Si no cede: prescribir de forma pautada analgésicos y ubicar al paciente en una habitación tranquila y en penumbra.
- Control de las constantes vitales cada hora durante las dos horas siguientes.
- Si previamente ha presentado un estado confusional, colocar barandillas a ambos lados de la cama. Si episodio confusional: aplicar técnicas de reorientación temporal, personal y espacial.

- El paciente debe permanecer encamado dos horas en dieta absoluta. Debe continuar con el suero de mantenimiento de la sala de reanimación.
- Posteriormente, dieta líquida hasta la comida del mediodía.
- En pacientes inhibidos y con riesgo de deshidratación reforzar la dieta líquida y realizar balance hídrico.
- Colocar prótesis dental (en aquellos pacientes que previamente la utilizaban) una vez finalizado el período de reposo de dos horas si ha recobrado su capacidad de autocuidados.
- Informar al paciente y a la familia de que existe un periodo de convalecencia de una a tres semanas que requiere vigilancia hasta que resuelvan las alteraciones cognitivas.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. The practice of Electroconvulsive Therapy. Recommendations for Treatment, Training, and Privileging . Second Edition. A Task Force Report of The American Psychiatric Association. Washington, 2001.

Soler Insa PA, Gascón Barrachina J RTM-II, Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson; 1999. p.315-323.

Bernardo M (Coord.). Consenso Español sobre Terapia Electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1999.

Cobo Gómez JV, Hernández Ribas R, Rojo Rodés J.E. Avances en terapia electroconvulsiva. Aula Médica Psiquiatría 2001;2:71-96.