

LA UNIDAD DE ELECTROTERAPIA AMBULATORIA DEL INSM «H. DELGADO - H. NOGUCHI». TRES AÑOS DE FUNCIONAMIENTO (1995-1998)

Freddy VASQUEZ ()*

La unidad de electroconvulsivoterapia (ECT) ambulatoria del INSM «HD-HN», durante el periodo 1995-98 atendió a 102 pacientes (damas, 66.7% y varones, 34.3%); el 60% estaba entre los 18 y 29 años de edad. Los principales diagnósticos psiquiátricos (DSM III-R) fueron esquizofrenia paranoide (63.7%) y depresión mayor (12.7%). El tiempo de enfermedad para ambas condiciones fue mayor de 5 años (60.0% y 53.9% respectivamente). La medicación previa a la ECT fue en su mayoría antipsicóticos clásicos orales (53.9%) y de depósito (21.6%), y antidepressivos (11.8%) con respuesta no satisfactoria para la condición patológica. El número de sesiones más frecuentemente aplicada fue entre 9 y 12 (48.0%). Más de 18 pacientes (17.6%) reiteraban ECT; el 77.8% de ellos había recibido una serie previa. La respuesta a ECT ambulatoria fue registrada como satisfactoria en 60 pacientes (58.8%), parcial en 22 (21.6%) y pobre en 8 (7.8%); hubo deserción precoz en 12 de ellos (11.8%); sólo se usó anestésico (Ketamina) en 4 de ellos (3.9%). Se concluye que la ECT ambulatoria continúa siendo un método de tratamiento efectivo en la esquizofrenia resistente a fármacos y en el trastorno depresivo mayor, mostrando una prioridad inversa en el uso reportado en la bibliografía internacional. Las ventajas parecen ser el bajo costo y escaso riesgo de mortalidad; se recomienda seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE : *Electroconvulsivoterapia - Esquizofrenia - Depresión mayor*

AMBULATORY ELECTROCONVULSIVE THERAPY UNIT AT NIMH «H.DELGADO - H. NOGUCHI» ASSESSMENT OF THREE YEARS (1995 - 1998)

A total of 102 out patients received Electroconvulsive therapy (ECT) during period 1995 to 1998 in ambulatory ECT Unit at NIMH HD-HN. There were mostly females (66.7%); than males (34.3%), aged predominantly between 18 to 29 years (60%). The most frequent disorders, according DSM-III-R were paranoid schizophrenia (63.7%), and major depression (12.7%). For both conditions, the lenght of illness was more than five years (60.0% and 53.9%

(*) Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio de Emergencia del INSM «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Lima, Perú.

respectfully); classic antipsychotic p.o (53.9%) and depot ones (21.6%) as well as antidepressant were be given previous to ECT, with no satisfactory response for illness. An average of 9 to 12 ECT sessions was applied (48.0%). More than 18 patients (17.6%) had been received ECT at any time, 77.8% of them received at least one full ECT. In this study, succesful response to ambulatory ECT was registered in 60 patients (58.8%), partially succesful in 22 patients (21.6%), and poor response in 8 patients (7.8%); premature rejection was registered in 12 patients (11.8%). The use of anesthetic (Ketamine) was reported only in 4 of studied patients. The author arrives at the conclusion that ambulatory ECT goes on as a therapy mostly in case of schizophrenia resistant to neuroleptics and then for major depression, which shows an inverse tendency according reports in international literature. A low cost and minimal mortal risk look to be principal advantages of ambulatory ECT, although the author suggests a long term assesment and a following for patients who received this form of therapy.

KEY WORDS : *Electroconvulsive therapy - Schizophrenia - Major depression*

INTRODUCCION

Con el marco de referencia del resurgimiento de la Electroterapia (ECT) en la especialidad (1), y el de la reestructuración de la atención psiquiátrica recomendada por la OPS en 1990 (9), que propicia la desinstitucionalización, o técnicas de innovación en el tratamiento; el INSM HD HN ha venido adoptando modalidades como la Hospitalización Breve (10), y desde hace cerca de 3 años, la administración ambulatoria de la ECT; la que para algunos autores, fue el principal tratamiento para esquizofrenia (6, 8); y que ha sido revalorizada para el tratamiento de los trastornos depresivos severos (7). Se ha citado también la normatividad y guías establecidas para su uso en USA (3), pero se ha reconocido su utilización generalizada en América Latina y el Caribe (2), a pesar del temor entre los pacientes y sus familiares sobre su aplicación (4,5). En este estudio se presenta los resultados de la unidad de electroterapia ambulatoria del Servicio de Emergencia del INSM HD HN en un periodo de tres años.

SUJETOS Y MÉTODO

Se revisó las fichas ad hoc y las historias clínicas de los pacientes remitidos a la unidad de ECT ambulatoria en el periodo de mayo 1995 a mayo 1998, por sus médicos tratantes, quienes establecieron el diagnóstico clínico y el motivo de la prescripción de la ECT. Se trataba principalmente de pacientes que no respondieron a los fármacos convencionales. Se tomaron en cuenta el sexo, edad, estado civil, diagnóstico clínico, tiempo de enfermedad, medicación previa a ECT, el número de sesiones aplicadas, la reiteración de las series de ECT, la respuesta al tratamiento actual y si se usó anestésicos. La administración de la ECT se hizo bajo los estándares establecidos por el Instituto desde el inicio de sus funciones, con el estudio neurológico y cardiovascular previos, y bajo la modalidad de aplicación bilateral de electrodos con descarga en el hemisferio no dominante (110-150v.); con un período posterior de recuperación de 30 minutos y subsecuentemente alta.

RESULTADOS

El número total de pacientes que recibieron ECT ambulatoria registrados en el período abril 95 a abril 98 fue de 102 ; de los cuales fueron varones 35 (34.3%) y 67 (66.7%);

fueron damas la relación femenino/masculino fue 1.9/1.0. El rango de edades estuvo entre 18 y 66 años y la edad promedio fue de 42 años. La distribución por edades y sexo se presenta en el cuadro N° 1 y la distribución por estado civil y sexo en el cuadro N° 2. En el cuadro 3 y figura 1 se presenta la distribución según diagnóstico DSM-III-R

CUADRO N° 1.
Distribución de casos por edad y sexo

EDAD	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
18-23 a	13	37.1	10	14.9	23	22.5
24-29 a	15	42.9	23	34.3	38	37.2
30-35 a	4	11.4	15	22.4	19	18.6
36-41 a	2	5.7	9	13.4	11	10.8
42-47 a	0	0.0	5	7.5	5	5.0
48 +	1	2.9	5	7.5	6	5.9
TOTAL	35	100.00	67	100.00	102	100.00

CUADRO N° 2.
Distribución de casos por estado civil y sexo

ESTADO CIVIL	M		F		TOTAL 100	
	n	%	n	%	n	%
Solteros	31	88.6	38	56.7	69	67.6
Casados	0	0.0	17	25.4	17	16.7
Convivientes	3	8.6	8	11.9	11	10.8
Otros*	1	2.8	4	6.0	5	5.0
TOTAL	35	100.00	67	100.00	102	100.00

* Viudos, separados, divorciados.

CUADRO N° 3.
Distribución de casos según diagnóstico DSM-III-R.

TRASTORNO CRITERIOS DSM-III-R	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia paranoide (295.3)	25	71.4	40	59.7	65	63.7
Depresión mayor (296.1)	1	2.9	12	17.9	13	12.7
T. esquizo afectivo depresivo (295.7)	4	11.4	6	8.9	10	9.8
T. esquizofreniforme (245.4)	2	5.7	2	2.9	4	3.9
Esquizofrenia catatónica (295.2)	1	2.9	3	4.5	4	3.9
T. psicótico breve (298.8)	2	5.7	1	1.5	3	2.9
T. Bipolar (296.0)	0	0.0	3	4.5	3	2.9
TOTAL	35	100.00	67	100.00	102	100.00

El tiempo de enfermedad en relación a los dos principales diagnósticos, se presentan en el cuadro N° 4 ; y el uso de medicamentos previo a la ECT en el cuadro N° 5.

CUADRO N° 4.
Tiempo de enfermedad en los pacientes en los dos diagnósticos más frecuentes

TIEMPO DE ENFERMEDAD	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ESQUIZOFRENIA						
Menos de 5 años	9	36.0	17	42.5	26	40.0
Más de 5 años	16	64.0	23	57.5	39	60.0
TOTAL	25	100.0	40	100.0	65	100.0
DEPRESION MAYOR						
Menos de 5 años	0	0.0	6	50.0	6	16.1
Más de 5 años	1	100.0	6	50.0	7	53.9
TOTAL	1	100.0	12	100.0	13	100.0

CUADRO N° 5.
Uso de medicación previo a ECT

MEDICAMENTO	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Antipsicótico clásico (V.O.)	20	57.1	35	52.2	55	53.9
Antipsicótico de depósito	10	28.6	12	17.9	22	21.6
Antipsicótico atípico	3	8.6	2	3.0	5	4.9
Antidepresivo	1	2.9	11	16.4	12	11.8
Antimaniaco	0	0.0	2	3.0	2	2.0
Sin medicamento	1	2.9	5	7.5	6	5.9
TOTAL	35	100.0	67	100.0	102	100.0

El número de sesiones de ECT aplicados, la reiteración de la ECT y el uso de anestésico durante el procedimiento se observan en los cuadros 6, 7 y 8. Se registró respuesta satisfactoria (según la evaluación de la historia clínica y apreciación del médico que administró la ECT o del médico tratante) en 60 casos (58.8 %); se verificó respuesta parcial en 22 casos (21.6%); pobre respuesta en 8 pacientes (7.8%); y se produjo deserción precoz en 12 casos (11.8%), como se aprecia en la figura 1.

CUADRO N° 6.
Número de sesiones por paciente

NUMERO DE SESIONES	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 5 sesiones	4	11.4	9	13.4	13	12.7
De 5 a 8 sesiones	13	37.1	22	32.8	35	34.3
De 9 a 12 sesiones	6	45.7	33	49.2	49	48.0
De 13 a 16 sesiones	1	2.9	3	4.5	4	3.9
17 ó más sesiones	1	2.9	0	0.0	1	1.0
TOTAL	35	100.0	67	100.0	102	100.0

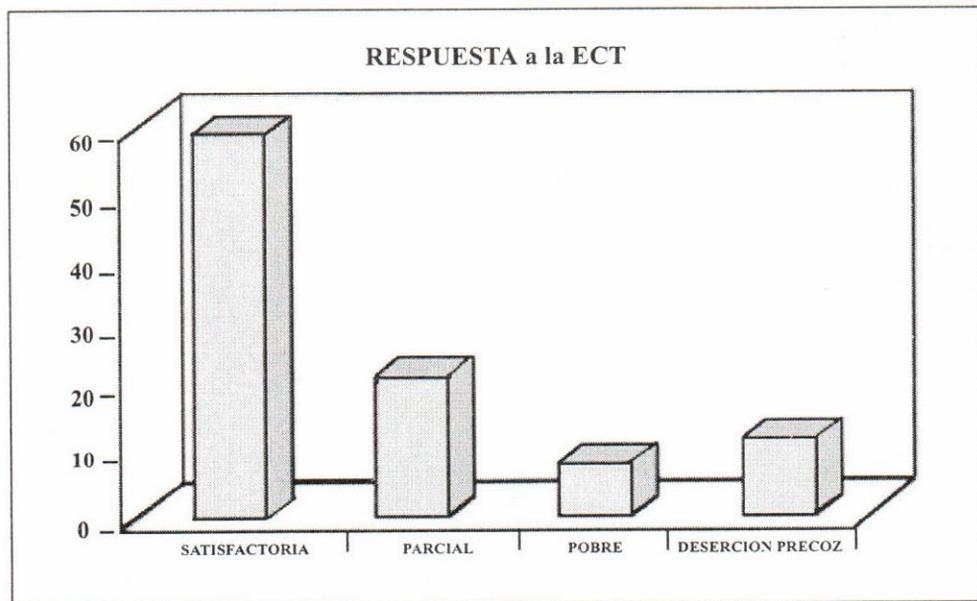
Cuadro N° 7.
Reiteración de la ECT (n= 18)

ELECTROTERAPIA PREVIA	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
UNA	6	85.7	8	72.7	14	77.8
DOS	0	0.0	3	27.3	3	16.7
TRES	0	0.0	0	0.0	0	0.0
MAS DE TRES	1	14.3	0	0.0	1	5.5
TOTAL	7	100.0	11	100.0	18	100.0

CUADRO N° 8. Uso de anestésico

ANESTESICO	n	%
Con anestésico: Ketamina	4	3.9
Sin anestésico	98	96.1
TOTAL	102.0	100.00

FIGURA 1.
Respuesta al tratamiento con ECT



DISCUSIÓN

La ECT ambulatoria fue aplicada más en damas (66,7%) que en varones (34,3%), y el grupo etáreo predominantemente se situó entre 18 y 29 años (casi 60%); se cita a un estudio en el cual la edad promedio fue de 27 años (8). El diagnóstico preminente fue trastorno esquizofrénico paranoide (63,7%); seguido de trastorno depresivo mayor (12,7%). Los reportes internacionales señalan que ECT no estaría indicado en la esquizofrenia, salvo la catatónica, por su poco éxito en los casos crónicos, aunque otros afirman que los pacientes esquizofrénicos de mediana edad responden sintomáticamente, pero recaen rápidamente aun después de numerosas sesiones, siendo factores pronósticos el inicio agudo y la duración menor de un año de la enfermedad (7). Cita la misma fuente, el uso amplio de ECT en esquizofrenia pero tienen mejor respuesta las depresiones generalmente psicóticas (6, 11,12).

Los trastornos esquizofrénicos y depresivos presentaron un tiempo de enfermedad mayor de 5 años (60.0% y 53.9% respectivamente), mereciendo los comentarios previos. Casi las 3/4 partes de los pacientes recibían antipsicóticos típicos o atípicos previos a la ECT sin buena respuesta por informe de los médicos tratantes; existe una revisión de estudios no controlados que mencionan a la ECT como útil en no respondedores a tratamiento convencional (6). Un 12% de pacientes no respondieron a antidepressivos, en cuyo caso la mayoría de fuentes bibliográficas lo indican (1, 4, 7, 11).

En cuanto al número de sesiones, la mayoría recibió entre 9 y 12, luego entre 5 y 8 (48.0% y 34.3% respectivamente). Un estudio señala que los buenos respondedores recibieron 4, los respondedores parciales 8 (11); pero que la gran mayoría respondió después de 5 sesiones (8). Otro estudio revela que la ECT remueve síntomas de esquizofrenia en 3 o 4 sesiones, siendo necesarias 10 ó más (6). Dieciocho pacientes habían recibido por lo menos una serie de ECT previa a la actual (77.8%) en el periodo de 3 años, acaso con respuesta poco duradera como se señaló para los pacientes con esquizofrenia reagudizada (6). La respuesta satisfactoria a ECT se evidenció en 60 casos (58.8%); porcentajes mayores (73.0% y 68.0% respectivamente) se reportan en dos estudios con muestras menos numerosas (8) (11). Se registró parcial y pobre respuesta en 22 y 8 pacientes (21.6% y 7.8% respectivamente); y 12 pacientes, es decir (11.8%) abandonó la ECT por los efectos colaterales, temor, o no uso de anestésicos, salvo en 4 casos (3.9%).

En suma, el estudio deja establecido que la ECT ambulatoria en el ámbito del trabajo, continua siendo la alternativa para los pacientes con esquizofrenia crónica reagudizada que no responde a fármacos; y en segundo lugar, para la depresión mayor. Este método cuenta con las ventajas de no institucionalización, bajo costo, escasa o nula mortalidad, aunque se requiere seguimiento más amplio frente a la aparición de nuevas generaciones de fármacos antipsicóticos o antidepressivos.

REFERENCIAS

- 1) FIUME, GALLESE. The ECT Revival in the World. Sanitario Casa di Cura Psichiatrica S. Valentino, Rome, Italy. *Biological Psych.*, 1991; Vol. 29, Number 11S (5th World Congress of Biological Psychiatry), 579S.
- 2) LEVAV I, GONZALES U. El uso de la terapia electroconvulsivante en América Latina y el Caribe. *Acta Psiquiatrica Psicol. América Latina*, 1996; 42 (2): 137-141.
- 3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. The practice of electroconvulsive therapy. Recommendations for treatment, training and privileging. Washington D.C., American Psychiatric Press, 1990.
- 4) BABIGIAN H. M.y colab. Epidemiologic considerations in electroconvulsive therapy. *Arch. Gen. Psych.*, 1984; 41:246-253.
- 5) FREEMAN C, KENDELL R: ECT: I. Patient's experience and attitudes . *Br. J. Psychiatry*, 1980; 137:8-16.
- 6) RIFKIN A. Pharmacologic Strategies in the treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 1993; 16 (2):351-363.
- 7) HYMAN, S. *Manual of Psychiatric Emergencies*, Third Ed., pp. 67, 127. Little Brown and Co., USA. 1994.
- 8) CHEN S. y colab. Electroconvulsive Therapy for Schizophrenic patient. Dept. of Psychiatry, national Taiwan Univ. Hospital; Taipei 10016. *Biological Psych.* 1991; Vol. 29, Number 11S (5th World Congress of Biological Psychiatry), 214S.
- 9) GONZALES UR, LEVAV C. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington D.C. OPS/OMS/HPA/MND, 1.91, 1991.
- 10) VASQUEZ F. La Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Emergencia del INSM HD HN. Un año de funcionamiento LIMA 1997. En Prensa.
- 11) TUNDO y colab. Mixed Depressive Syndrome and Response to ECT, Rome Italy *Biol. Psychiatry*, 1991; Vol. 29, Number 11S (5th World Congress of Biological Psychiatry), 212S.
- 12) FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE. Indications et modalités de l'Electroconvulsivo thérapie. Texte des Recommandations Janvier, Francia, 1998.