

A. Palomo
J. R. Fortuny
C. Vidal
R. García
E. Bonet

Estancia media hospitalaria y tratamiento con terapia electroconvulsiva

Departamento de Psiquiatría
Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López
Diputación de Barcelona
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Introducción. El objetivo es analizar si el tiempo de estancia media hospitalaria es o no menor en los episodios en los que se aplica terapia electroconvulsiva (TEC).

Métodos. El diseño del estudio es observacional retrospectivo. La muestra es de 30 pacientes con un trastorno para el que se ha demostrado la eficacia de la TEC (trastornos esquizofrénicos, trastornos bipolares y depresión mayor). A estos pacientes se les practicó TEC entre los años 1996 y 2001. Se han estudiado cada uno de los episodios ($n = 185$) de estos pacientes comparando el tiempo de estancia media de los episodios en los que se practicó TEC ($n = 50$) con los que no se practicó ($n = 135$). Se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Se estableció la significación con una $p < 0,05$.

Resultados. Este trabajo encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los episodios ($p = 0,000$), siendo más larga la estancia cuando se practica TEC.

Palabras clave:
Terapia electroconvulsiva. Eficacia. Tiempo de estancia.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(4):205-209

Mean hospital stay and treatment with electroconvulsive therapy

Introduction. The objective is to analyze if the mean hospital stay is less than the episodes or not in which electroconvulsive therapy (ECT) is applied.

Methods. With a retrospective design, we studied a sample of 30 patients in whom ECT was applied between 1996 and 2001. These patients were suffering a disorder for which ECT has been shown to be effective (schizophrenia, bipolar disorder and major depression). Each one of the episodes ($n = 185$) of these patients was studied, comparing the length of stay in the hospital in these patients in which ECT was applied ($n = 135$) with those where it was not ($n = 50$). Statistical analysis was carried out by

non-parametric Mann-Whitney-U tests. The descriptive level of statistical significance was established at $p < 0.05$.

Results. This work shows statistically significant differences between the treatment groups ($p = 0.000$), the length of stay being longer when ECT is applied.

Key words:
Electroconvulsive therapy. Efficacy. Length of stay.

INTRODUCCIÓN

Eficacia de la terapia electroconvulsiva en los diferentes trastornos

En el tratamiento de los pacientes con depresión psicótica la efectividad de la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser superior con relación a los pacientes afectados de depresión sin síntomas psicóticos¹.

A pesar de los datos comentados con anterioridad, una reciente revisión concluye que se necesitan estudios controlados comparando la TEC y los tratamientos antidepresivos en población mayor afecta de depresión para dilucidar la mayor o menor eficacia de un tratamiento sobre otro²; otros grupos de trabajo realizando un metaanálisis sugieren la mayor eficacia de la TEC³.

En cuanto al tratamiento de la manía, la TEC es eficaz y rápida en controlar estos episodios en pacientes bipolares^{4,5}; también se ha sugerido que es mejor tratamiento en cuanto a mayor mejoría comparada con el litio⁶; también es eficaz en los episodios mixtos⁷.

Rapidez de respuesta en el tratamiento con terapia electroconvulsiva

En el tratamiento de la depresión uno de los objetivos fundamentales es obtener una respuesta rápida.

Se ha visto que el rápido comienzo de acción también puede estar relacionado con la eficacia antidepresiva^{8,9}.

Correspondencia:
Antonio Palomo Nicolau
Prat de la Riba, 171
08921 Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)
Correo electrónico: palomoal@diba.es

Comparando tres tipos de terapia, privación de sueño, TEC y tratamiento farmacológico, en el inicio de la acción antidepressiva se observó que era más rápido para el primero, seguido por la TEC y posteriormente el tratamiento farmacológico¹⁰.

Seguridad

La TEC es una técnica segura. Su práctica en poblaciones adolescentes no se ha extendido; sin embargo, su utilización pone de manifiesto que es bien tolerada y que efectos secundarios como las convulsiones espontáneas son infrecuentes. La pérdida de memoria es más frecuente, pero se recupera a las pocas semanas¹¹; se propone que tiene las mismas indicaciones que en el adulto precisamente por esta eficacia y seguridad¹², aunque la falta de estudios sistemáticos hace que se aconseje actuar con prudencia en esta población¹³. En pacientes muy mayores también se ha mostrado una técnica segura¹⁴.

Se ha utilizado TEC en pacientes que han padecido un traumatismo craneoencefálico cerrado estudiando su eficacia y seguridad en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Un estudio con una serie de casos pone de manifiesto que no se producen efectos adversos cognitivos en estos pacientes¹⁵. De la misma forma, el tratamiento de mantenimiento con esta técnica propone su utilización en base a su eficacia y seguridad a largo plazo¹⁶.

Reticencia a la utilización de terapia electroconvulsiva

La TEC es un tratamiento controvertido y tanto la población general como los médicos especialistas tienen prejuicios en cuanto a su utilización. También ocurre que es un tratamiento que con frecuencia no se considera y que probablemente es infrautilizado^{17,18}.

Tiempo de estancia media

El tiempo de estancia en una unidad de agudos de psiquiatría, como en cualquier unidad de ingresos, se ha tratado de reducir buscando dos objetivos. En primer lugar, la mejoría del paciente evitando la posible yatrogenia derivada de un ingreso prolongado. En segundo lugar, reducir costes. La TEC, como se ha comentado antes, es un tratamiento rápido y eficaz; cabría suponer que las estancias de los pacientes sometidos a este tratamiento fueran menores. En una revisión sobre la práctica de esta técnica en un hospital puso de manifiesto que el tiempo de estancia era mayor en los pacientes a los que se les aplicaba la TEC¹⁹. En este trabajo se sugería, por el hecho de antecedentes con más hospitalizaciones, que la causa podría ser que estos pacientes eran más graves²⁰; además hay una tendencia a utilizar la TEC en los pacientes que por diversos factores

clínicos y sociodemográficos son más graves²¹. Sin embargo, otro trabajo en el que se comparaba a sujetos con diferentes trastornos psiquiátricos, esquizofrenia, manía, depresión y trastorno esquizoafectivo, entre tratamiento electroconvulsivo y tratamiento farmacológico, se puso de manifiesto el menor tiempo de hospitalización de los pacientes que realizaban TEC cuando se empezaba a contar desde el momento de iniciar dicho tratamiento²²; el mismo resultado se encontró en un estudio realizado sobre la manía²³. Una de las causas que pueden conducir a un tiempo más largo de la hospitalización de los pacientes que realizan TEC es que se pueden provocar alteraciones cognitivas que retrasen su aplicación, sobre todo en pacientes de edad avanzada²⁴.

En pacientes afectos de depresión se ha estudiado el tiempo de hospitalización viendo que éste era menor cuando se aplicaba TEC²⁵, aunque otros autores no obtienen los mismos resultados, encontrando que el tiempo de hospitalización no se reduce cuando se administra con prontitud el tratamiento con TEC¹²⁶.

Un estudio en el que compara el tratamiento con TEC antes y después de crear un servicio específico de TEC, observa que los pacientes que son tratados con TEC antes y después de este servicio tienen un tiempo de estancia media más corto, el número de pacientes tratados con TEC aumentó, pero el número de TEC administradas fue el mismo²⁷.

En relación a los costes, el tratamiento con TEC es más caro²⁸, aunque hay pocos estudios que evalúen este aspecto del tratamiento; sin embargo, según los resultados del estudio mostrado más arriba, probablemente una aplicación más especializada pudiera reducir dichos costes.

Para concluir, por todo lo dicho se sugiere que la TEC es un tratamiento eficaz, rápido y seguro en las diferentes poblaciones de edad, así como en diferentes patologías. No queda claro si aplicar la TEC reduce el tiempo de estancia media o bien al contrario, lo aumenta. Tampoco queda claro si se reducen los costes.

El objetivo es analizar si el tiempo de estancia media es menor cuando en el episodio de hospitalización se aplica TEC.

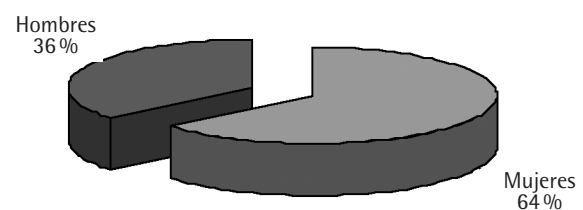


Figura 1 | Portadores según el riesgo.

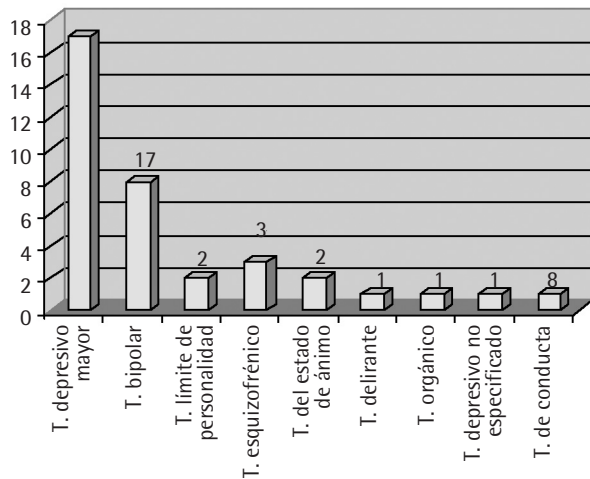


Figura 2 Distribución por diagnósticos. T: trastorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio abierto, observacional y retrospectivo

La muestra la constituyen los episodios de hospitalización realizados durante un período de 5 años (1996-2001) por pacientes, con los siguientes criterios de inclusión: pacientes a los que se ha realizado TEC en alguno de sus ingresos en los últimos 5 años (1996-2001), que tengan un trastorno para el que se haya aprobado la eficacia del TEC (trastornos esquizofrénicos, trastornos bipolares y depresión mayor).

Se definen dos grupos de episodios de hospitalización: grupo de ingresos en los que se ha realizado TEC y grupo de ingresos en los que no se ha realizado TEC

A partir de una muestra de pacientes que han realizado TEC en alguno de sus ingresos en los últimos 5 años (1996-

2001) y con diagnóstico de trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar o depresión mayor, grupo de trastornos para los que se ha demostrado la eficacia de la TEC, se forman dos grupos: un primer grupo formado por ingresos en los que se ha aplicado TEC y un segundo grupo formado por ingresos en los que no se ha aplicado TEC.

Se describen las variables sociodemográficas y clínicas y se calculan las medias y la desviación estándar del tiempo de estancia de ambos grupos. Para comparar las medias se emplea la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney.

Se compara el tiempo de estancia media de todos los episodios con TEC con el tiempo de estancia media de los episodios que no hayan realizado TEC.

Se compara el tiempo de estancia media de todos los episodios con TEC desde que se inician las sesiones de TEC, con el tiempo de estancia media de los episodios que no hayan realizado TEC.

RESULTADOS

El número de episodios totales para una muestra de 30 pacientes fue de 185. De éstos, 50 fueron con TEC y 135 sin TEC. Las características de los pacientes se reflejan en las figuras 1, 2 y 3.

La estancia media para el grupo de TEC fue de 51,92 días, con una desviación estándar de 39,92, y para el grupo de no TEC de 29,90 días, con una desviación estándar de 35,40. Ambas estancias medias mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) (tabla 1).

Si, en cambio, utilizamos la estancia media desde que se inicia la TEC se obtiene una media de 28,46 ($p=0,386$), no mostrando diferencias significativas con la estancia media para el grupo no TEC (tabla 2).

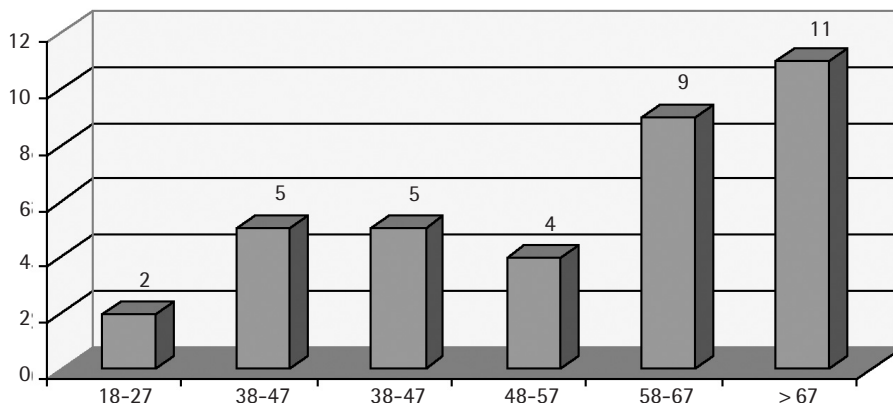


Figura 3 Distribución por grupos de edad.

Tabla 1	Estancia media desde el ingreso hospitalario		
	N	EM	DE
Con TEC	50	51,9	39,9
Sin TEC	135	29,9	35,4

U de Mann-Witney: 1.925; p = 0,000. TEC: terapia electroconvulsiva; EM: estancia media; DE: desviación estándar.

CONCLUSIONES

Este trabajo encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los episodios, siendo más larga la estancia cuando se practica TEC.

Si la comparación la efectuamos con el tiempo de estancia media a partir de la realización de la primera sesión de TEC, no se detectan diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Estos resultados podrían explicarse por: en primer lugar, las pruebas exploratorias previas al inicio de la aplicación de la TEC pueden ser el motivo de que la estancia media sea mayor en los episodios con TEC. También puede argumentarse por el hecho de que con frecuencia no se utiliza como tratamiento de primera elección y se tarda un tiempo, probando un tratamiento farmacológico, hasta tomar la decisión de aplicar TEC. La variable respuesta al tratamiento no ha podido ser medida y por tanto no se puede saber si los pacientes cuando no realizan TEC su episodio depresivo es menos grave o bien la remisión es menor. Por tanto, habría que estudiar el estado psicopatológico de los pacientes en unos y otros episodios y saber si la gravedad es diferente, así como cuantificar la respuesta al tratamiento y las condiciones en que se procede al alta.

Finalmente estos datos tendrían que complementarse con estudios sobre la tasa de reingresos posteriores y los días de estancia anuales en el hospital.

Tabla 2	Estancia media desde el inicio del tratamiento		
	N	EM	DE
Con TEC	50	28,46	24,89
Sin TEC	135	29,9	35,4

U de Mann-Witney: 3.094,500; p = 0,386. TEC: terapia electroconvulsiva; EM: estancia media; DE: desviación estándar.

BIBLIOGRAFÍA

- Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, et al. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. *J Ect* 2001;17(4): 244-53.
- Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman AT. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online: Update Software)* 2003(2): CD003593.
- Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361(9360):799-808.
- McCabe MS. ECT in the treatment of mania: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1976;133(6):688-91.
- McCabe MS, Norris B. ECT versus chlorpromazine in mania. *Biol Psychiatry* 1977;12(2):245-54.
- Black DW, Winokur G, Nasrallah A. Treatment of mania: a naturalistic study of electroconvulsive therapy versus lithium in 438 patients. *J Clin Psychiatry* 1987;48(4):132-9.
- Devanand DP, Polanco P, Cruz R, Shah S, Paykina N, Singh K, et al. The efficacy of ECT in mixed affective states. *J Ect* 2000; 16(1):32-7.
- Blier P, Bergeron R. Early onset of therapeutic action in depression and greater efficacy of antidepressant treatments: are they related? *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 3): S21-8.
- Gelenberg AJ, Chesen CL. How fast are antidepressants? *J Clin Psychiatry* 2000;61(10):712-21.
- Post RM, Uhde TW, Rubinow DR, Huggins T. Differential time course of antidepressant effects after sleep deprivation, ECT, and carbamazepine: clinical and theoretical implications. *Psychiatry Res* 1987;22(1):11-9.
- Cohen D, Dubos PF, Basquin M. Use of electroconvulsive therapy in the adolescent. *Encephale* 23(4):308-11.
- Cohen D, Paillere Martinot ML, Basquin M. Use of electroconvulsive therapy in adolescents. *Convuls Ther* 1997;13(1):25-31.
- Rey JM, Walter G. Half a century of ECT use in young people. *AJP* 1997;154(5):595-602.
- Manly DT, Oakley SP Jr, Bloch RM. Electroconvulsive therapy in old-old patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(3):232-6.
- Kant R, Coffey CE, Bogyi AM. Safety and efficacy of ECT in patients with head injury: a case series. *J Neuropsych Clin Neurosci* 11(1):32-7.
- Dubin WR, Jaffe R, Roemer R, Siegel L, Shoyer B, Venditti ML. The efficacy and safety of maintenance ECT in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40(7):706-9.
- Sylvester AP, Mulsant BH, Chengappa KN, Sandman AR, Haskett RF. Use of electroconvulsive therapy in a state hospital: a 10-year review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(7):534-9; quiz 540.
- Bertolin JM, Peiró S, Hernández ME, Sáez C. Variabilidad en actitudes y condiciones de utilización de la terapia electroconvulsiva. Resultados de un estudio preliminar. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:390-5.
- Tancer ME, Golden RN, Ekstrom RD, Evans DL. Use of electroconvulsive therapy at a university hospital: 1970 and 1980-81. *Hosp Commun Psychiatry* 1989; 40(1):64-8.
- Malla AK. Characteristics of patients who receive electroconvulsive therapy. *Can J Psychiatry* 1988;33(8):696-701.

21. Herr BE, Abraham HD, Anderson W. Length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13(1):68-70.
22. Ikeji OC, Ohaeri JU, Osahon RO, Agidee RO. Naturalistic comparative study of outcome and cognitive effects of unmodified electro-convulsive therapy in schizophrenia, mania and severe depression in Nigeria. *East African Medical J* 1999;76(11):644-50.
23. Volpe FM, Tavares A. Impact of ECT on duration of hospitalizations for mania. *J Ect* 2003;19(1):17-21.
24. Miller ME, Siris SG, Gabriel AN. Treatment delays in the course of electroconvulsive therapy. *Hosp Commun Psychiatry* 1986;37(8):825-7.
25. Markowitz J, Brown R, Sweeney J, Mann JJ. Reduced length and cost of hospital stay for major depression in patients treated with ECT. *AJP* 1987;144(8):1025-9.
26. Wilson KG, Kraitberg NJ, Brown JH, Bergman JN. Electroconvulsive therapy in the treatment of depression: the impact on length of stay. *Compr Psychiatry* 1991;32(4):345-54.
27. Leatherman ME, Ekstrom RD, Tancer ME, Golden RN. The impact of an electroconvulsive therapy consultation service on ECT use at a university teaching hospital. *Convuls Ther* 1995;11(4):253-9.
28. Ackerman DL, Unutzer J, Greenland S, Gitlin M. Inpatient treatment of depression and associated hospital charges. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11(3):219-27.