



ORIGINAL

Utilidad clínica e implicaciones económicas de la terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento en un hospital público del Sistema Nacional de Salud español: serie de casos



Roberto Rodriguez-Jimenez^{a,b,*}, Alexandra Bagney^{a,b}, Iosune Torio^a,
Montserrat Caballero^a, Pedro Ruiz^c, Francisco de Paula Jose Rivas^d
y Miguel Angel Jimenez-Arriero^{a,b}

^a Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Unidad de Calidad, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^d Subdirección Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 6 de febrero de 2014; aceptado el 2 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 22 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Terapia electroconvulsiva;
Continuación;
Mantenimiento;
Coste-efectividad;
Calidad

Resumen

Introducción: La terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento ha demostrado su eficacia en la prevención de recaídas tanto en cuadros afectivos como psicóticos. Sin embargo, existen pocos estudios sobre variables de gestión clínica, costes asociados y calidad percibida.

Material y métodos: Se presenta una serie de 8 casos incluidos en el Programa de terapia electroconvulsiva de Continuación/Mantenimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre durante los primeros 18 meses de su funcionamiento. Para cada paciente se compararon variables clínicas (Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global, días de ingreso, visitas a Urgencias, ingresos urgentes) antes y después de su inclusión en el programa, así como costes asociados y calidad percibida.

Resultados: Tras su inclusión en el programa, el 50,0% de los pacientes refirió encontrarse «mucho mejor», y el 37,5% «moderadamente mejor» en la Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global. Además, una vez incluidos en el programa de terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento, los pacientes tuvieron un total de 349 días de ingreso, 3 visitas a Urgencias y 2 ingresos urgentes, frente a los 690 días de ingreso ($p=0,012$), 26 visitas a Urgencias ($p=0,011$) y 22 ingresos urgentes ($p=0,010$) en el mismo periodo, antes de su inclusión en el programa. Los costes directos asociados por estancia/día tras su inclusión en el programa se redujeron al 50,6% del coste previo, y los costes asociados a visitas a Urgencias disminuyeron al 11,5% del coste previo. Respecto a la calidad percibida, un 87,5% de los pacientes evaluaron la atención y tratamiento recibido como «muy satisfactorio», y un 12,5% como «satisfactorio».

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roberto.rodriguez.jimenez@gmail.com (R. Rodriguez-Jimenez).

KEYWORDS

Electroconvulsive therapy;
Continuation;
Maintenance;
Cost-effectiveness;
Quality

Conclusiones: El programa de terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento estudiado ha demostrado utilidad clínica, repercusión económica favorable, así como una elevada calidad percibida.

© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical usefulness and economic implications of continuation/maintenance electroconvulsive therapy in a Spanish National Health System public hospital: A case series

Abstract

Introduction: Continuation/maintenance electroconvulsive therapy has been shown to be effective for prevention of relapse in affective and psychotic disorders. However, there is a limited number of studies that investigate clinical management, associated costs, and perceived quality variables.

Material and methods: A series of 8 cases included during the first 18 months of the Continuation/Maintenance Electroconvulsive Therapy Program of the Psychiatry Department at 12 de Octubre University Hospital is presented. Clinical variables (Clinical Global Impression-Improvement Scale, length of hospitalization, number of Emergency Department visits, number of urgent admissions) before and after inclusion in the continuation/maintenance electroconvulsive therapy program were compared for each patient, as well as associated costs and perceived quality.

Results: After inclusion in the program, 50.0% of patients reported feeling «much better» and 37.5% «moderately better» in the Clinical Global Impression-Improvement Scale. In addition, after inclusion in the continuation/maintenance electroconvulsive therapy program, patients were hospitalized for a total of 349 days, visited the Emergency Department on 3 occasions, and had 2 urgent admissions, compared to 690 days of hospitalization ($P = .012$), 26 Emergency Department visits ($P = .011$) and 22 urgent admissions ($P = .010$) during the same period before inclusion in the program. Associated direct costs per day of admission were reduced to 50.6% of the previous costs, and costs associated with Emergency Department visits were reduced to 11.5% of the previous costs. As regards perceived quality, 87.5% of patients assessed the care and treatment received as being «very satisfactory», and 12.5% as «satisfactory».

Conclusions: This continuation/maintenance electroconvulsive therapy program has shown to be clinically useful and to have a favourable economic impact, as well as high perceived quality.
© 2014 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC) fue utilizada por primera vez por Cerletti y Bini en Italia en el año 1938 para tratar a un paciente psicótico. Desde entonces ha tenido un uso variable y, a menudo, controvertido. En la actualidad la TEC se ha consolidado como una técnica eficaz para el tratamiento en fase aguda de trastornos afectivos y psicóticos^{1,2}.

Una vez conseguida la remisión de la fase aguda con la TEC, a la mayoría de los pacientes se les indica mantener un tratamiento farmacológico. A pesar de esto, en los primeros meses tras finalizar el curso de TEC, muchos de ellos presentan una recaída. Para estos pacientes con buena respuesta a la TEC, pero con recaídas afectivas o psicóticas a pesar del uso de medicación apropiada, se plantea el uso a medio-largo plazo de dicha técnica como tratamiento para la prevención de recaídas/recurrencias.

La *American Psychiatric Association* define la TEC de «continuación» como la administración de TEC durante los 6 meses posteriores a completar el tratamiento

agudo para evitar recaídas del episodio índice, y la TEC de «mantenimiento» como la administración más allá de los 6 meses, para evitar recurrencias³. Sin embargo, en la práctica raramente se hace esta distinción, refiriéndose habitualmente la literatura a la «TEC de continuación/mantenimiento» (TEC-c/m).

A pesar de que algunas guías clínicas son conservadoras a la hora de recomendar dicha terapia⁴, diferentes estudios indican que la TEC-c/m es una herramienta terapéutica eficaz y segura en trastornos afectivos⁵⁻⁸, en los que por sí sola parece tener una eficacia similar a la farmacoterapia sola, siendo la combinación de TEC-c/m y fármacos superior a cualquiera de los 2 tratamientos por separado. La literatura también apunta que la combinación de TEC-c/m y el tratamiento antipsicótico sería superior a solo el tratamiento farmacológico en trastornos del espectro esquizofrénico^{2,9}.

Se han publicado varias revisiones acerca de la TEC-c/m en los últimos años¹⁰⁻¹⁴, señalándose como indicaciones de la TEC-c/m la buena respuesta a la TEC en fase aguda, la falta de eficacia o intolerancia a estrategias farmacológicas

de prevención de recaídas, y las preferencias del paciente por dicha técnica.

En los últimos años se han publicado algunos trabajos naturalísticos acerca de programas de TEC-c/m llevados a cabo en diferentes países, con resultados favorables en pacientes con depresión unipolar, trastorno bipolar y esquizofrenia¹⁵⁻¹⁸.

En nuestro medio solo conocemos un trabajo acerca de la TEC-c/m de diseño naturalístico¹⁹. En dicho estudio se siguió a 127 pacientes que habían recibido TEC más farmacoterapia por un episodio depresivo mayor. Tras la remisión, todos los pacientes continuaron con tratamiento farmacológico, y 44 de ellos fueron incluidos, además, en un programa de TEC-c/m. Se realizó un seguimiento a los 2 años del episodio depresivo, y se comparó la evolución en los 2 años anteriores y posteriores al mismo en los 2 grupos. Se encontró que tras la TEC administrada en la fase aguda, la evolución clínica fue mejor en ambos grupos comparados consigo mismos antes y después de la TEC (menor número de episodios, menor número de ingresos y menos días de ingreso). No se encontraron diferencias significativas entre la evolución de los 2 grupos (medicación vs. medicación y TEC-c/m), aunque ha de señalarse que al tratarse de un estudio naturalístico, los pacientes incluidos en el programa de TEC-c/m y farmacoterapia presentaban más factores de gravedad clínica que aquellos que continuaron únicamente con farmacoterapia.

Sin embargo, aunque existen numerosos estudios en los que se constata la eficacia de la TEC-c/m en el mantenimiento de pacientes con clínica afectiva y con trastornos psicóticos, en muy pocos se han tenido en cuenta variables que afectan a la gestión clínica (como el total de días de ingreso, el número de visitas a Urgencias o el número de ingresos urgentes), los costes asociados, o la calidad percibida por pacientes y familiares. Además, hasta la fecha no conocemos ninguno en relación con el sistema de salud público español.

Presentamos una serie de 8 casos incluidos en el Programa de TEC de Continuación/Mantenimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre en los primeros 18 meses de funcionamiento. Para cada paciente se analizaron variables clínicas antes y después de su inclusión en el Programa de TEC de Continuación/Mantenimiento, así como costes directos asociados y calidad percibida.

Material y métodos

Se trata de un estudio prospectivo, naturalístico y pragmático. Se analizó un período de 18 meses, a lo largo del cual se incluyeron 8 pacientes en el Programa de TEC de Continuación/Mantenimiento. Estos pacientes eran refractarios a tratamiento farmacológico, con numerosos episodios afectivos o psicóticos graves y, a menudo, elevado riesgo de autolisis. Todos ellos tenían el antecedente de haber recibido TEC para tratamiento agudo, con buena respuesta, pero con posterior recaída en menos de 6 meses a pesar del tratamiento farmacológico de mantenimiento.

Se presenta un estudio descriptivo y comparativo de cada paciente consigo mismo entre el período anterior y el posterior a su inclusión en el programa (en espejo). Con el fin de estudiar la utilidad clínica se utilizó la Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global administrada al facultativo

responsable del caso, al paciente y al familiar (cuidador principal). Además, se estudiaron variables relacionadas con la evolución clínica: necesidad de cambio de tratamiento farmacológico, abandonos del programa, número de visitas a Urgencias, número de hospitalizaciones urgentes, total de días de ingreso. También se calculó el coste directo asociado a las estancias hospitalarias y consultas en Urgencias antes y después de incorporarse los pacientes al programa de TEC-c/m. Finalmente, se valoró la calidad percibida mediante una encuesta de calidad asistencial.

Procedimiento de terapia electroconvulsiva

Se empleó un aparato MECTA spECTrum 5000Q®. En las sesiones de TEC-c/m se mantuvo la localización de electrodos utilizada en el tratamiento agudo que fue eficaz y bien tolerado (en todos bifrontotemporal), salvo que se observase algún efecto secundario cognoscitivo relevante (no presentado en ningún paciente de la serie). Dado que se dispone en todos los pacientes del dato sobre la carga eficaz y bien tolerada en TEC para tratamiento agudo, dicha información se utilizó para el cálculo de la carga en las sesiones de TEC-c/m (además de la edad y otros condicionantes, como el tratamiento farmacológico). El principal criterio de convulsión eficaz fue una duración de la convulsión mayor de 25 segundos en el registro electroencefalográfico. La frecuencia media de administración de sesiones de TEC fue cada 4,4 semanas.

Instrumentos

Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global

Es una subescala de la Escala de Impresión Clínica Global²⁰ que proporciona información sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto a su estado previo a la intervención. Se trata de un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala Likert. Se pregunta: «Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)». Las posibilidades de respuesta son: 1) «Mucho mejor»; 2) «Moderadamente mejor»; 3) «Levemente mejor»; 4) «Sin cambios»; 5) «Levemente peor»; 6) «Moderadamente peor», y 7) «Mucho peor». Esta escala fue administrada al paciente, al familiar (cuidador principal) y al facultativo responsable del caso.

Encuesta de calidad percibida

Se administró a pacientes y familiares la escala de satisfacción y calidad percibida diseñada, como parte del Programa de TEC del Hospital Universitario 12 de Octubre, por el Servicio de Psiquiatría y la Unidad de Calidad. Esta encuesta se muestra en el Anexo 1.

Estudio de costes

A través del Servicio de Información y Control de Gestión del Hospital Universitario 12 de Octubre se obtuvieron los costes por estancia/día en Psiquiatría (480,51€), y por consulta en el Servicio de Urgencias (123,50€). Estos costes están dentro del rango de la resolución de 19 de julio de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, del Ministerio

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España²¹, que marca los precios a aplicar en los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, y de la orden 731/2013 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid de 6 de septiembre de 2013, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid²².

Método estadístico

Para la descripción de variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación típica, y para las variables cualitativas, el porcentaje. Para la comparación del grupo de pacientes en 2 momentos temporales (antes y después de su inclusión en el programa de TEC-c/m) se utilizó la prueba no paramétrica del test de Wilcoxon. Se utilizó el programa SPSS® Statistics versión 20.

Resultados

De los 8 pacientes, 5 presentaban trastornos afectivos y 3 presentaban trastornos del espectro esquizofrénico. En la [tabla 1](#) se muestran las principales características clínicas y sociodemográficas de los 8 pacientes, así como el tratamiento farmacológico en el momento de su inclusión en el programa. También se señala el período de comparación de cada paciente consigo mismo.

Respecto a las puntuaciones en la Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global, según los propios pacientes el 50,0% se encontraba «mucho mejor» tras su inclusión en el programa, el 37,5% «moderadamente mejor» y el 12,5% «levemente mejor». Los familiares evaluaron un 75,0% como «mucho mejor», un 12,5% «moderadamente mejor», y un 12,5% «levemente mejor». Finalmente, los facultativos responsables del tratamiento de los pacientes señalaron un 50,0% «mucho mejor», un 37,5% «moderadamente mejor» y un 12,5% «levemente mejor».

Todos los pacientes excepto uno mantuvieron su tratamiento farmacológico sin cambios destacables. Ningún paciente abandonó el programa de TEC-c/m. Como se muestra en la [tabla 2](#), una vez incluidos en el programa de TEC-c/m, los pacientes tuvieron un total de 349 días de ingreso, 3 visitas a Urgencias y 2 ingresos urgentes, frente a 690 días de ingreso ($p=0,012$), 26 visitas a Urgencias ($p=0,011$) y 22 ingresos urgentes ($p=0,010$) en el mismo período, antes de su inclusión en el programa.

Los costes directos asociados se muestran en la [tabla 2](#). Los costes directos totales por estancia/día de los pacientes previos a su inclusión en el programa TEC-c/m fueron de 331.551,90€, y tras su inclusión en el programa fueron de 167.697,99€ ($p=0,012$). Los costes directos totales asociados a visitas a Urgencias fueron de 3.211,00€ en el período previo a la inclusión en el programa, y de 370,50€ tras su inclusión en el mismo ($p=0,011$).

Respecto a la calidad percibida, en relación con la pregunta global: «En conjunto, ¿cómo está de satisfecho con la atención recibida?» un 87,5% de los pacientes indicaron «muy satisfecho» y un 12,5% «satisfecho». El resto de las respuestas se muestran en la [tabla 3](#), reflejando en general una opinión favorable.

Discusión

El programa de TEC-c/m estudiado muestra una clara utilidad y beneficio terapéutico. En las evaluaciones realizadas mediante la Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global, las valoraciones realizadas por los pacientes, sus familiares (cuidador principal), así como por los facultativos responsables del caso coincidieron en que el 87,5% de los pacientes estaban «mucho mejor» o «moderadamente mejor» tras su inclusión en el programa de TEC-c/m. Es de destacar que la impresión de pacientes y facultativos responsables del caso coincide plenamente, siendo la mejoría referida por los familiares algo superior. Estos resultados de nuestro programa de TEC-c/m están en la línea de estudios previos realizados por otros grupos, entre ellos varios ensayos controlados y aleatorizados en los que la TEC-c/m ha demostrado eficacia en la prevención de recaídas en pacientes con trastornos afectivos y psicóticos^{5,6,8,9}. De hecho, se ha señalado que la TEC sería el único tratamiento somático en Psiquiatría que habitualmente se interrumpe cuando ha demostrado eficacia²³, en lugar de valorarse su mantenimiento.

Además de la impresión clínica de evolución favorable evaluada mediante escalas, se ha obtenido una serie de resultados objetivos en cuanto a parámetros de evolución clínica, que además presentan una importante repercusión en la gestión clínica del Sistema Nacional de Salud en España. Así, se observa una clara reducción en el total de días de ingreso hospitalario, un menor número de visitas a Urgencias y un menor número de ingresos urgentes.

En relación con los aspectos económicos, los costes directos asociados por estancia/día tras su inclusión en el programa de TEC-c/m se redujeron de 331.551,90 a 167.697,99€, lo que supone una disminución al 50,6% del coste previo a su inclusión en el programa. Así mismo, los costes asociados a las visitas a Urgencias pasaron de 3.211,00€ en el período previo a la inclusión en el programa a 370,50€ tras su inclusión en el mismo, lo cual supone una disminución al 11,5% del coste previo. Aunque estas cifras no pueden considerarse de manera aislada y sin tener en cuenta otras variables importantes en cualquier análisis de coste-eficacia, son lo suficientemente relevantes como para tenerlas en consideración, tanto desde planteamientos de gestión sanitaria, como de futuros estudios específicos. En este sentido, los estudios sobre coste-efectividad en relación con la TEC son escasos²⁴, y existen muy pocas publicaciones que hayan estudiado el coste-efectividad en programas de TEC-c/m²⁵⁻²⁷. En estos trabajos publicados se ha encontrado un resultado positivo en coste-efectividad a favor de los programas de TEC-c/m. En nuestro medio, no conocemos publicaciones al respecto, pero nuestros resultados apuntan a que el programa de TEC-c/m podría ser claramente coste-efectivo y animan a realizar estudios futuros en este sentido.

Finalmente, ha de señalarse que la calidad percibida por pacientes y familiares es elevada, pues el 87,5% de ellos evaluaron la atención y el tratamiento recibidos como «muy satisfactorio», y un 12,5% como «satisfactorio». Estos datos muestran claramente que el procedimiento es muy bien valorado tanto por pacientes como por familiares, y son similares a los obtenidos en recientes estudios sobre

Tabla 1 Variables sociodemográficas y clínicas de la serie de pacientes

| Paciente | Edad (años) | Género | Diagnóstico principal (código CIE-10) | Tratamiento farmacológico | Período de comparación (meses previos al programa TEC-c/m vs. meses en programa TEC-c/m) |
|----------|-------------|--------|---|---|--|
| 1 | 62 | Mujer | Trastorno depresivo recurrente (F33.2) | Venlafaxina retard 300 mg/día Agomelatina 50 mg/día Lorazepam 1,5 mg/día | 18/18 |
| 2 | 23 | Varón | Esquizofrenia paranoide (F20.0) | Clozapina 450 mg/día Amisulprida 400 mg/día Reboxetina 4 mg/día Venlafaxina retard 300 mg/día Lorazepam 3 mg/día | 18/18 |
| 3 | 84 | Mujer | Trastorno depresivo recurrente (F33.2) | Venlafaxina retard 150 mg/día Mirtazapina 30 mg/día Agomelatina 50 mg/día Pregabalina 75 mg/día | 18/18 |
| 4 | 72 | Mujer | Trastorno psicótico no especificado (F29) | Risperidona 2 mg/día Quetiapina 150 mg/día Venlafaxina retard 225 mg/día Mirtazapina 15 mg/día Lorazepam 3 mg/día | 18/18 |
| 5 | 48 | Varón | Esquizofrenia paranoide (F20.0) | Clozapina 400 mg/día Clotiapina 20 mg/día Lorazepam 15 mg/día | 18/18 |
| 6 | 81 | Mujer | Trastorno depresivo recurrente (F33.2) | Venlafaxina retard 300 mg/día Mirtazapina 30 mg/día Quetiapina 100 mg/día Pinazepam 10 mg/día | 18/18 |
| 7 | 79 | Varón | Trastorno depresivo recurrente (F33.2) | Nortriptilina 75 mg/día Bupropion 150 mg/día Quetiapina 50 mg/día Zolpidem 10 mg/día | 18/18 |
| 8 | 47 | Mujer | Trastorno depresivo recurrente (F33.2) | Venlafaxina 150 mg/día Mirtazapina 30 mg/día Lorazepam 3 mg/día | 16/16 |

satisfacción con la TEC²⁸. Atendiendo a los resultados del resto de los ítems del cuestionario, se deduce que globalmente los pacientes han sido adecuadamente informados y que muy probablemente sus expectativas se vieron cumplidas dentro del programa de TEC-c/m.

Nuestro estudio tiene las limitaciones propias de una serie de casos, como el pequeño tamaño de la muestra. Sin embargo, no se trata de un trabajo diseñado para valorar

la eficacia de este tipo de programas, sino que introduce otra serie de elementos de interés en relación con variables clínicas, económicas y de calidad percibida que pueden ser importantes de cara al funcionamiento de nuestro sistema público de salud.

En conclusión, el programa de TEC-c/m estudiado ha demostrado una clara utilidad clínica valorada no solo por el facultativo responsable, sino por el propio paciente, así

Tabla 2 Variables de evolución clínica y costes asociados

| | Previo a TEC-c/m | Durante TEC-c/m | p |
|---|------------------|-----------------|-------|
| Total días de ingreso | 690 | 349 | 0,012 |
| Número de vistas a Urgencias | 23 | 3 | 0,011 |
| Número de ingresos urgentes | 22 | 2 | 0,010 |
| Coste acumulado por estancia/día (€) | 331.551,90 | 167.697,99 | 0,012 |
| Coste acumulado por visita a Urgencia (€) | 3.211,00 | 370,50 | 0,011 |

como por sus familiares. Este hecho, unido al resto de los resultados clínicos positivos presentados, la favorable repercusión económica, así como la elevada calidad percibida por pacientes y familiares, respalda que los programas de TEC-c/m sean considerados como una importante opción

terapéutica en nuestro sistema de salud, y apunta a la necesidad de realizar futuros estudios de coste-efectividad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12) y al Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) del Instituto de Salud Carlos III.

Anexo 1. Encuesta de calidad percibida

Tabla 3 Resultados de la encuesta de calidad percibida

| | |
|--|---|
| Tras el ingreso y el tratamiento «Terapia Electroconvulsiva», ¿en qué medida cree que ha mejorado su problema? | Totalmente: 12,5% Bastante: 75,0% Algo: 12,5% Poco: 0% Nada: 0% |
| ¿Cómo valora su familia el efecto conseguido con el tratamiento? | Totalmente beneficioso: 12,5% Bastante beneficioso: 75% Algo beneficioso: 12,5% Poco beneficioso: 0% Nada beneficioso: 0% |
| ¿Qué opina de la información trasladada por su médico? | |
| Le indicó qué tratamiento debía seguir en su domicilio | Sí: 100% No: 0% Parcialmente: 0% |
| Le indicó qué síntomas debía vigilar en su domicilio | Sí: 100% No: 0% Parcialmente: 0% |
| Le informó del seguimiento que debía realizar | Sí: 100% No: 0% Parcialmente: 0% |
| Le proporcionó un informe de alta para su médico de cabecera | Sí: 100% No: 0% Parcialmente: 0% |
| En el caso de que su médico psiquiatra le recomendase volver a repetir el tratamiento de terapia electroconvulsiva, ¿estaría dispuesto a seguir con dicha recomendación? | Sí: 100% No: 0% Me lo pensaría: 0% |
| En conjunto, ¿cómo está de satisfecho con la atención recibida? | Muy satisfecho: 87,5% Satisfecho: 12,5% Ni satisfecho, ni insatisfecho: 0% Insatisfecho: 0% Muy insatisfecho: 0% |

1. Tras el ingreso y el tratamiento «Terapia Electroconvulsiva», ¿en qué medida cree que ha mejorado su problema?

Totalmente
Bastante
Algo
Poco
Nada
No sabe/no contesta

2. ¿Cómo valora su familia el efecto conseguido con el tratamiento?

Totalmente beneficioso
Bastante beneficioso
Algo beneficioso
Poco beneficioso
Nada beneficioso
No sabe/no contesta

3. ¿Qué opina de la información trasladada por su médico?*Le indicó qué tratamiento debía seguir en su domicilio*

- Sí
- No
- Parcialmente
- No sabe/no contesta

Le indicó qué síntomas debía vigilar en su domicilio

- Sí
- No
- Parcialmente
- No sabe/no contesta

Le informó del seguimiento que debía realizar

- Sí
- No
- Parcialmente
- No sabe/no contesta

Le proporcionó un informe de alta para su médico de cabecera

- Sí
- No
- Parcialmente
- No sabe/no contesta

4. En el caso de que su médico psiquiatra le recomendase volver a repetir el tratamiento de Terapia Electroconvulsiva, ¿estaría dispuesto a seguir con dicha recomendación?

- Sí
- No

*Me lo pensaría***5. En conjunto, ¿cómo está de satisfecho con la atención recibida?***Muy satisfecho**Satisfecho**Ni satisfecho, ni insatisfecho**Insatisfecho*

7. Smith GE, Rasmussen KG Jr, Cullum CM, Felmlee-Devine MD, Petrides G, Rummans TA, et al. A randomized controlled trial comparing the memory effects of continuation electroconvulsive therapy versus continuation pharmacotherapy: Results from the Consortium for Research in ECT (CORE) study. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:185-93.
8. Nordenskjöld A, von Knorring L, Ljung T, Carlborg A, Brus O, Engström I. Continuation electroconvulsive therapy with pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone for prevention of relapse of depression: A randomized controlled trial. *J ECT*. 2013;29:86-92.
9. Chanpattana W, Chakrabhand ML, Sackeim HA, Kitaroonchai W, Kongsakon R, Techakasem P, et al. Continuation ECT in treatment-resistant schizophrenia: A controlled study. *J ECT*. 1999;15:178-92.
10. Trevino K, McClintock SM, Husain MM. A review of continuation electroconvulsive therapy: Application, safety, and efficacy. *J ECT*. 2010;26:186-95.
11. Petrides G, Tobias KG, Kellner CH, Rudorfer MV. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for mood disorders: Review of the literature. *Neuropsychobiology*. 2011;64:129-40.
12. Martínez-Amorós E, Cardoner N, Gálvez V, Urretavizcaya M. Effectiveness and pattern of use of continuation and maintenance electroconvulsive therapy. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:241-53.
13. Van Schaik AM, Comijs HC, Sonnenberg CM, Beekman AT, Sienaert P, Stek ML, et al. Efficacy and safety of continuation and maintenance electroconvulsive therapy in depressed elderly patients: A systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:5-17.
14. Rabheru K. Maintenance electroconvulsive therapy (M-ECT) after acute response: Examining the evidence for who, what, when, and how? *J ECT*. 2012;28:39-47.
15. Suzuki K, Awata S, Takano T, Ebina Y, Iwasaki H, Matsuoka H. Continuation electroconvulsive therapy for relapse prevention in middle-aged and elderly patients with intractable catatonic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:481-9.
16. Odeberg H, Rodriguez-Silva B, Salander P, Mårtensson B. Individualized continuation electroconvulsive therapy and medication as a bridge to relapse prevention after an index course of electroconvulsive therapy in severe mood disorders: A naturalistic 3-year cohort study. *J ECT*. 2008;24:183-90.
17. Minnai GP, Salis PG, Oppo R, Loche AP, Scano F, Tondo L. Effectiveness of maintenance electroconvulsive therapy in rapid-cycling bipolar disorder. *J ECT*. 2011;27:123-6.
18. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Serata D, del Casale A, Scatena P, Mazarini L, et al. Prevention of relapse with maintenance electroconvulsive therapy in elderly patients with major depressive episode. *J ECT*. 2013;29:61-4.
19. Martínez-Amorós E, Cardoner N, Soria V, Gálvez V, Menchón JM, Urretavizcaya M. Long-term treatment strategies in major depression: A 2-year prospective naturalistic follow-up after successful electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2012;28:92-7.
20. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) assessment manual. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. p. 218-22.
21. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 19 de julio de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. BOE núm. 180, de 29 de julio de 2013. Sec. I. p. 55225-55251.
22. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. ORDEN 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad. BOCM núm. 215, de 10 de septiembre de 2013. p. 8-30.
23. Sackeim HA. Continuation therapy following ECT: Directions for future research. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30:501-21.
24. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for

Bibliografía

1. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361:799-808.
2. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18:CD000076.
3. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging. 4th ed. Washington D. C.: American Psychiatric Association;; 2001.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy. Technology Appraisal 59. London: National Institute for Excellence; 2003.
5. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, Rummans TA, Husain MM, Rasmussen K, et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: A multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1337-44.
6. Navarro V, Gastó C, Torres X, Masana G, Penadés R, Guarch J, et al. Continuation/maintenance treatment with nortriptyline versus combined nortriptyline and ECT in late-life psychotic depression: A two-year randomized study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:498-505.

- depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: Systematic reviews and economic modeling studies. *Health Technol Assess.* 2005;9:1–156.
25. Bonds C, Frye M, Coudreaut MF, Cunningham M, Spearing M, McGuire M, et al. Cost reduction with maintenance ECT in refractory bipolar disorder. *J ECT.* 1998;14:36–41.
 26. McDonald WM, Phillips VL, Figiel GS, Marsteller FA, Simpson CD, Bailey MC. Cost-effective maintenance treatment of resistant geriatric depression. *Psychiatr Ann.* 1998;28:47–52.
 27. Aziz M, Mehringer AM, Mozurkewich E, Razik GN. Cost-utility of 2 maintenance treatments for older adults with depression who responded to a course of electroconvulsive therapy: Results from a decision analytic model. *Can J Psychiatry.* 2005;50:389–97.
 28. Rajagopal R, Chakrabarti S, Grover S. Satisfaction with electroconvulsive therapy among patients and their relatives. *J ECT.* 2013;29:283–90.