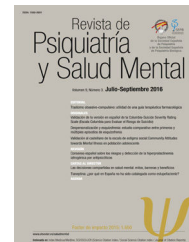




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Evolución clínica tras la discontinuación de la terapia electroconvulsiva de mantenimiento. Estudio de seguimiento retrospectivo



Erika Martínez-Amorós^{a,b}, Pilar Serra^a, Ximena Goldberg^{a,b}, Lara Urraca^a, Diego J. Palao^{a,b}, Mikel Urretavizcaya^{b,c} y Narcís Cardoner^{a,b,*}

^a Departamento de Salud Mental, Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Institut d'Investigació i Innovació Sanitària Parc Taulí (I3PT), Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

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

^c Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de Bellvitge, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Grupo de Neurociencias-Psiquiatría y Salud Mental, Departamento de Ciencias Clínicas, Escuela de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 2 de octubre de 2018; aceptado el 1 de julio de 2019

Disponible en Internet el 29 de agosto de 2019

PALABRAS CLAVE

Terapia electroconvulsiva;
Continuación y mantenimiento;
Recidiva;
Recurrencia;
Recaída

Resumen

Introducción: La terapia electroconvulsiva de continuación/mantenimiento (TEC-c/m) es una opción terapéutica tras la TEC aguda. Aunque es ampliamente usada, tanto su duración como la evolución de los pacientes tras su discontinuación no están bien establecidas. El objetivo del estudio fue evaluar la tasa de recidivas y los factores clínicos asociados a la misma tras discontinuar la TEC-c/m.

Material y métodos: Evaluación retrospectiva de 73 pacientes a los que se les discontinuó la TEC-c/m. El tiempo de evaluación mínimo fue de un año. Se consideró recidiva la necesidad de ingreso o de nueva tanda aguda de TEC. La tasa de recidivas se determinó como porcentaje y el tiempo estimado hasta la recidiva se analizó a través de un análisis de supervivencia. Posibles asociaciones entre la recidiva y variables clínicas se analizaron mediante análisis univariado y multivariado de Cox.

Resultados: Treinta y seis pacientes (49,3%) recidivaron. El 61,1% lo hizo durante el primer año tras la discontinuación de la TEC-c/m (36,1% durante los primeros 6 meses). El tiempo estimado hasta la recidiva fue de 38,67 meses. El 50% de los pacientes que recayeron precisaron una nueva tanda aguda de TEC y el 44,4% reiniciaron TEC-c/m posteriormente. Los pacientes con un intervalo entre sesiones inferior a un mes y aquellos con más episodios previos presentaron mayor riesgo de recidiva.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ncardoner@tauli.cat (N. Cardoner).

KEYWORDS

Electroconvulsive therapy;
Continuation and maintenance;
Recurrence;
Relapse

Conclusiones: Ante la discontinuación de la TEC-c/m debe considerarse el riesgo de recidiva. Tras la discontinuación, casi la mitad de los pacientes recidivaron, la mayoría en el primer año. Es recomendable realizar un seguimiento estrecho tras la discontinuación de la TEC-c/m y no es aconsejable su retirada cuando se administra con intervalos entre sesiones inferiores a un mes. Se requieren nuevos estudios para identificar grupos de riesgo para la recidiva.

© 2019 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical outcome after discontinuation of maintenance Electroconvulsive Therapy. A retrospective follow-up study

Abstract

Introduction: Continuation and maintenance electroconvulsive therapy (c/m-ECT) is a therapeutic option after an acute ECT course. Although it is widely used, both duration and the outcome of patients when ECT-c/m is discontinued is not yet well established. The aim of the study was to evaluate the recurrence rate and associated clinical factors when c/m-ECT is discontinued.

Materials and methods: Retrospective evaluation of 73 patients who were discontinued from c/m-ECT. The minimum evaluation time was one year. The need of hospital admission or a new acute course of ECT was considered a relapse. The recurrence rate was calculated as a percentage and the estimated time to recurrence was analyzed through a survival analysis. Possible associations between clinical variables and recurrence were analyzed by univariate and multivariate Cox analysis.

Results: Thirty-six patients (49.3%) relapsed: 61.1% of them relapsed during the first year after the c/m-ECT discontinuation (36.1% during the first 6 months). The estimated time to recurrence was 38.67 months. Fifty percent of patients who relapsed required a new acute course of ECT and 44.4% of them restarted c/m-ECT. Patients with an interval between sessions of less than one month and those with more previous episodes showed a higher risk of recurrence.

Conclusions: The risk of recurrence should be considered before the discontinuation of c/m-ECT. After the discontinuation, almost half of the patients relapsed, most of them within the first year. Close monitoring should be conducted in these patients and the discontinuation is not recommended when it is administered at intervals between sessions of less than a month. Further studies are required to identify risk groups for relapse.

© 2019 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento altamente eficaz para la depresión, los episodios maníacos y la psicosis¹⁻⁵. Sin embargo, la tasa de recidivas (recaídas y/o recurrencias) tras una tanda aguda de TEC es elevada a pesar de usar una correcta estrategia farmacológica de continuación y mantenimiento⁶⁻⁸. La TEC a largo plazo podría ser una opción de tratamiento para mantener la remisión⁹⁻¹⁵.

Se considera TEC de continuación (TEC-c) al tratamiento con TEC realizado durante los primeros 6 meses, con la finalidad de prevenir la recaída del episodio, y TEC de mantenimiento (TEC-m) al tratamiento realizado más allá de los 6 meses, con el objetivo de evitar un nuevo episodio (APA, 2001)⁹. Sin embargo, a pesar de esta distinción, en el manuscrito nos referiremos de forma conjunta a TEC de continuación/mantenimiento (TEC-c/m).

A pesar de que se considera que no existe un período máximo de tiempo para la TEC-m⁹, las guías no contemplan cuánto tiempo debería prolongarse el tratamiento, factor por el que se recomienda individualizar y revisar la

indicación cada 6 meses⁹. Asimismo, existe poca literatura respecto a la evolución de los pacientes tras la discontinuación de la TEC-c/m. En el estudio de seguimiento a un año tras la retirada de TEC-c/m de Huuhka et al. (2012) se estimó una tasa de recidivas del 44%, dándose todas ellas en los primeros 8 meses, con un riesgo mayor en los pacientes que presentaban un diagnóstico distinto al trastorno depresivo mayor (TDM)¹⁶.

Los objetivos del estudio serán: 1) estudiar la evolución de los pacientes a los que se les ha retirado la TEC-c/m, respecto a las recidivas y el tiempo hasta la recidiva; y 2) analizar posibles factores clínicos asociados a la recidiva, con el objetivo de identificar grupos de riesgo.

Material y métodos**Muestra**

Se han incluido, de forma retrospectiva, a los pacientes > 18 años a los que se les ha retirado la TEC-c/m, en la

Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, durante el período comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2016. Para el estudio se ha considerado TEC-c/m como la realización de TEC durante al menos un mes tras la recuperación clínica con una tanda aguda de TEC (n=85).

Se han considerado 2 posibles motivos para la retirada o discontinuación de la TEC-c/m: 1) remisión igual o superior a 6 meses; y 2) otros motivos (retirada del consentimiento por parte del paciente u otras razones médicas, como el aumento del riesgo anestésico, la aparición de complicaciones somáticas intercurrentes o durante el procedimiento o la intolerancia cognitiva objetiva). En aquellos pacientes que habían recibido TEC-c/m y se les había discontinuado en más de una ocasión durante el período de estudio (n=7) se ha considerado para el análisis únicamente la primera discontinuación. Finalmente se han excluido 5 pacientes al no disponer de datos de seguimiento: traslado a país de origen de un paciente, ingreso en unidad de larga estancia de otro sector de otro paciente y 3 pacientes fallecieron por motivo médico al poco de discontinuar el tratamiento con TEC-c/m. En total se han incluido 73 pacientes.

La indicación de la TEC-c/m se estableció siguiendo las guías clínicas, por tanto todos los pacientes a los que se indicó TEC-c/m, como mínimo, habían respondido clínicamente a un curso estándar de TEC aguda^{9,17}. La TEC (aguda y TEC-c/m) fue aplicada a todos los pacientes mediante el modelo Thymatron™ System IV, con emplazamiento bilateral (bifrontotemporal). La dosis administrada al inicio de la TEC-c/m fue la misma empleada al final de la tanda aguda. Los pacientes fueron seguidos en su centro de salud mental correspondiente, donde cada psiquiatra determinaba la periodicidad de las visitas. Las sesiones de TEC-c/m fueron administradas con intervalos semanales o superiores. Los intervalos entre sesiones fueron evaluados por el psiquiatra de referencia y fueron ajustados individualmente según la evolución clínica. Todos los pacientes recibían tratamiento farmacológico concomitante durante y después de la TEC-c/m.

Los datos recogidos en las historias clínicas fueron analizados retrospectivamente. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

VARIABLES CLÍNICAS Y MEDIDAS DE SEGUIMIENTO

Mediante la revisión de las historias clínicas se han recogido datos demográficos (edad y género), clínicos (diagnóstico, presencia de síntomas psicóticos, edad de inicio y duración de la enfermedad, episodios previos, uso de TEC en el pasado (número de tandas agudas y uso de TEC-c/m a lo largo de la evolución), de la TEC-c/m (motivo de la retirada, edad en el momento de la discontinuación, duración de la TEC-c/m, número de sesiones de la TEC-c/m, intervalo entre sesiones en el momento de la retirada, programa de la TEC-c/m) y del tratamiento farmacológico (uso de antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas y/o eutimizantes).

El tiempo mínimo de seguimiento de los pacientes fue de 12 meses. Se ha considerado recidiva el ingreso en una unidad de agudos o el haber recibido una nueva tanda aguda de TEC (ya sea en régimen ambulatorio o de ingreso). Se consideró tanda aguda de TEC la necesidad de incrementar

la frecuencia a 2-3 sesiones a la semana, sin determinarse un número mínimo de sesiones. El suicidio consumado también se ha considerado recidiva. La fecha de recidiva, en los casos en los que no se disponía, se ha estimado como la fecha de ingreso o la fecha de inicio de la TEC aguda ambulatoria o la fecha del suicidio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra. Las variables categóricas se han mostrado como frecuencia absoluta y porcentaje (%) y las variables cuantitativas se han descrito con la media (desviación típica) o mediana, según proceda. La tasa de recidivas (1.^a recidiva —ya sea recaída o recurrencia—) fue determinada como frecuencia en porcentaje (%). Se ha realizado un análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier para estimar el tiempo hasta la recidiva. Se ha realizado un análisis de Cox univariado para identificar los factores potencialmente influyentes. Aquellas variables que han mostrado una asociación en el análisis univariado ($p < 0,05$) se han introducido en un modelo de regresión de Cox multivariado. Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa SPSS para Windows v. 19.0 (SPSS, Chicago). Se ha considerado estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$ (bilateral).

RESULTADOS

Características de la muestra

El 56,2% de la muestra eran mujeres (41/73) y la edad media en el momento de la recogida de los datos fue de 62,21 ($\pm 15,08$) años. El tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 52,13 \pm 26,19 meses (13,08-100,99).

El 43,8% de los pacientes (32/73) estaban diagnosticados de TDM, el 27,4% (20/73) de trastorno bipolar y el 28,8% (21/73) de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. El 82,2% de la muestra había presentado síntomas psicóticos (60/73) en el episodio agudo previo. La edad de inicio del trastorno fue de 34 años (13-82) y la duración de la enfermedad era de 20,97 ($\pm 14,68$) años. La mediana de episodios previos fue de 4 (1-20). Los pacientes habían recibido una mediana de 2 tandas agudas de TEC (1-13) a lo largo de la evolución de la enfermedad. La media de sesiones en la tanda aguda que precedió a la indicación de la TEC-c/m fue de 11,37 ($\pm 4,64$).

En el 39,7% de los pacientes (29/73) la TEC-c/m fue discontinuada por remisión de la clínica por un tiempo igual o superior a 6 meses. En el resto de la muestra la discontinuación fue por otras situaciones diferentes a dicha remisión: retirada del consentimiento por parte del paciente en el 31,5% de los casos (mayoritariamente por quejas cognitivas y también por la disconformidad con los requisitos de tratamiento) y otras decisiones médicas en el 28,8%.

La edad media en el momento de discontinuación de la TEC-c/m fue de 57,93 ($\pm 15,6$) años. La duración de la TEC-c/m fue de 12,5 meses (1,15-116,11), con una mediana de 18,5 sesiones (4-247). La media de sesiones por mes fue de 1,85 ($\pm 0,85$). El intervalo entre sesiones de TEC-c/m fue de 4 semanas de mediana (1-16): el 28,8% de los pacientes (21/73) recibía la TEC-c/m con un intervalo inferior a un

Tabla 1 Porcentaje de recidivas según el intervalo entre sesiones de TEC-c/m

Intervalo entre sesiones	Recidivas (%)
Una semana	6/6 (100)
Dos semanas	8/11 (72,72)
Tres semanas	2/4 (50)
Cuatro semanas	12/30 (40)
Seis semanas	1/5 (20)
Ocho semanas	5/13 (38,46)
Doce semanas	0/2 (0)
Otros	2/2 (100)

mes y el resto (71,2%) con un intervalo mensual o superior. Concretamente, la periodicidad de las sesiones fue semanal en el 8,2% de los pacientes (6/73), quincenal en el 15,1% (11/73), cada 3 semanas en el 5,5% (4/73), mensual en el 41,1% (30/73), cada 6 semanas en el 6,8% (5/73), bimensual en el 17,8% (13/73), trimestral en el 2,7% (2/2) y otros intervalos fueron usados también en el 2,7% de los pacientes. La TEC-c/m se administró con una amplitud de pulso de 1 ms en el 78,1% de los pacientes (57/73) y de 0,5 ms en el resto de los casos. Las principales características clínicas, según el grupo diagnóstico, se especifican en los datos suplementarios (tabla 1 del anexo 1).

Todos los pacientes recibían tratamiento farmacológico concomitante, con uno o varios fármacos, el 75,8% de los pacientes (50/66) realizaba tratamiento con antidepresivos, el 84,8% con antipsicóticos (56/66), el 56,1% con benzodiazepinas (37/66) y el 47% con eutimizantes (31/66).

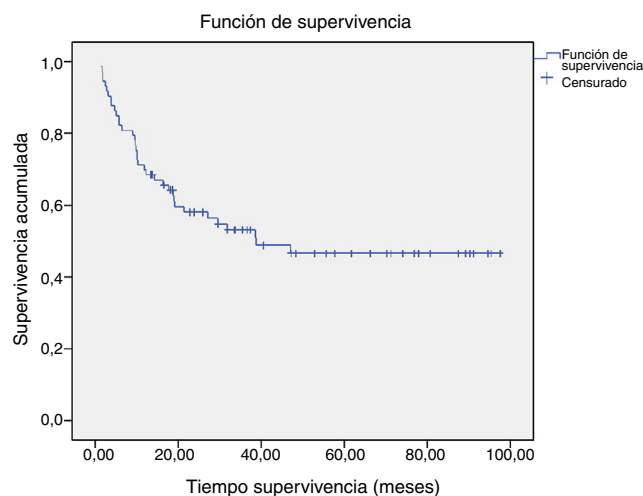
Tasa de recidivas

A lo largo del seguimiento el 49,3% de los pacientes (36/73) presentó una recidiva tras discontinuar el tratamiento con TEC-c/m. En los pacientes que recidivaron el tiempo promedio hasta la recidiva fue de $13,39 \pm 11,78$ meses (mediana de 9,95 meses [1,38-47,01]).

El 86,1% de las recidivas (31/36) requirió un ingreso en la unidad de agudos de psiquiatría, el 11,1% (4/36) requirió realizar, de forma ambulatoria, una nueva tanda aguda de TEC, y en un 2,8% de los casos (1/36) la recidiva comportó un suicidio consumado. El porcentaje de recidivas según el intervalo de sesiones de TEC-c/m se especifica en la tabla 1. En total, el 50% de los pacientes que recayeron (18/36) recibió una tanda aguda de TEC. De estos pacientes la TEC-c/m se volvió a instaurar en 16 casos (44,4%).

Análisis de supervivencia

Según el análisis de supervivencia (fig. 1), el tiempo promedio estimado hasta la recidiva para los pacientes que discontinuaron el tratamiento con TEC-c/m fue de 38,67 meses (mediana). El 36,11% de los pacientes que recidivó (13/36) lo hicieron durante los primeros 6 meses y el 61,1% (22/36) lo hizo durante el primer año tras la retirada de la TEC-c/m. El resto de pacientes que recayó lo hizo a partir del segundo año tras la discontinuación: 8 en el segundo

**Figura 1** Tiempo hasta la recidiva.

año, 3 en el tercer año y otros 3 pacientes en el cuarto año. No se dio ninguna recidiva más allá de este tiempo (fig. 1).

Factores de riesgo para la recidiva. Cox univariado y multivariado.

En el análisis univariado de Cox (tabla 2), el número de episodios previos (HR 1,117; IC 95%: 1,047-1,192; $p=0,001$), el motivo de la discontinuación de la TEC-c/m (HR 2,477; IC 95%: 1,158-5,298; $p=0,019$) y el intervalo entre sesiones de TEC-c/m (HR 3,158; IC 95%: 1,611-6,191, $p=0,001$) influyeron en la recidiva. La duración de la TEC-c/m (TEC-c vs. TEC-m) y el uso de antipsicóticos muestran una tendencia que no supera el nivel de significación (HR 1,846; IC 95%: 0,928-3,671; $p=0,081$ y HR 3,415, IC 95%: 0,818-14,262; $p=0,092$, respectivamente). Otras variables clínicas y de tratamiento, como el género, la edad, el diagnóstico, la presencia de síntomas psicóticos, la edad de inicio y duración del trastorno, el uso de TEC en el pasado o el uso de otros fármacos (antidepresivos, benzodiazepinas o eutimizantes) no parecían influir en la recidiva.

Si incluimos en un modelo de regresión de Cox multivariado aquellas variables que han mostrado una asociación significativa en el análisis univariado (número de episodios previos, motivo de discontinuación e intervalo entre sesiones de TEC-c/m), un mayor número de episodios previos y el intervalo entre sesiones de TEC-c/m inferior a un mes influyeron en la recidiva (HR 1,080; IC 95%: 1,004-1,161; $p=0,038$ y HR: 2,308, IC 95%: 1,095-4,865; $p=0,028$, respectivamente).

Discusión

El objetivo del estudio fue evaluar la evolución de los pacientes tras la discontinuación de la TEC-c/m, así como detectar posibles factores de riesgo para la recidiva. En nuestra muestra el 49,3% de los pacientes presentó una recidiva al discontinuar el tratamiento con TEC-c/m (el 36,11% recidivó durante los primeros 6 meses y el 61,1% durante el primer año). Como factores de riesgo para la recidiva encontramos que un mayor número de episodios previos y la periodicidad

Tabla 2 Análisis de regresión de Cox univariado: tiempo hasta la recidiva

VARIABLES	HR	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Género masculino	1,127	0,585-2,170	0,720
Edad, años	1,011	0,989-1,033	0,334
Diagnóstico (no TDM)	1,223	0,625-2,393	0,556
Síntomas psicóticos	1,411	0,548-3,631	0,475
Edad inicio trastorno, años	1,011	0,993-1,028	0,225
Duración enfermedad, años	0,996	0,973-1,019	0,731
Episodios previos, número	1,117	1,047-1,192	0,001
TEC aguda previa, número	1,139	0,970-1,337	0,113
Motivo retirada TEC-c/m (distinto a remisión > 6 meses)	2,477	1,158-5,298	0,019
TEC de continuación (< 6 m)	1,846	0,928-3,671	0,081
Sesiones de TEC-c/m, número	1,003	0,994-1,012	0,465
Intervalo entre sesiones < 1 mes	3,158	1,611-6,191	0,001
Uso de AD	0,771	0,369-1,614	0,491
Uso de AP	3,415	0,818-14,262	0,092
Uso de BZD	1,128	0,569-2,238	0,730
Uso de eutimizantes	0,665	0,336-1,318	0,243

AD: antidepresivo; AP: antipsicótico; BZD: benzodiazepinas; TDM: trastorno depresivo mayor.

de la TEC-c/m antes de la retirada (intervalo entre sesiones inferior a un mes) influyeron en la recidiva.

El porcentaje de pacientes que recidivó tras la discontinuación de la TEC-c/m (49,3%) fue similar al 44% reportado per Huuhka et al. (2012) en su estudio a un año de seguimiento¹⁶. En dicho estudio se objetivó que todos los pacientes que recidivaban lo hacían en los primeros 8 meses¹⁶, mientras que en nuestra muestra el 61,1% lo hacía durante el primer año. El porcentaje de recidivas objetivado es también similar al observado en los primeros 12 meses tras la finalización de un curso agudo de TEC, independientemente de la estrategia terapéutica de mantenimiento empleada^{7,18}. En este sentido, los 12 meses tras la retirada del cualquier tratamiento constituiría un periodo de vulnerabilidad o mayor riesgo de recidiva. Por ello, en este periodo de ventana tras la discontinuación de la TEC-c/m sería aconsejable la realización de una monitorización estrecha e incluir, en el abordaje clínico, programas psicoeducativos dirigidos a la detección de signos y síntomas de alarma de recaída.

En nuestro estudio la presencia de episodios previos influye en la recidiva tras discontinuar la TEC-c/m. Dicho hallazgo está en consonancia con los factores de riesgo que se han identificado para la recidiva tras la TEC aguda¹⁹. De forma similar en el TDM, el trastorno bipolar y la esquizofrenia un mayor número de episodios previos tiende a aumentar el riesgo de recaídas y recurrencias posteriores²⁰⁻²². Por ello consideramos que, de igual forma que en la discontinuación de otras modalidades terapéuticas, el número de episodios debería considerarse en el momento de decidir la suspensión de la TEC-c/m.

En la mayoría de guías se establece que durante la TEC-c/m se debe ir aumentando el intervalo entre sesiones (p. ej., semanal, quincenal o mensual) hasta identificar la mínima frecuencia de administración de tratamiento compatible con la remisión sostenida^{9,17}. En el consenso sobre TEC-m de Gill y Kellner (2019), los autores recomiendan intentar espaciar las sesiones si el paciente está estable durante un período prolongado de tiempo¹¹. En nuestra

muestra el intervalo entre sesiones inferior a un mes influye en la recidiva tras la discontinuación de la TEC-c/m, hecho que puede sugerir que, en dichos pacientes, la mejoría clínica obtenida tras la TEC aguda no estaba suficientemente consolidada en el momento de la discontinuación. Este resultado nos indicaría que antes de considerar la discontinuación o retirada de la TEC-c/m sería recomendable asegurar que el paciente ha obtenido una estabilidad clínica suficientemente sólida, que vendría determinada al alcanzar una periodicidad mínima de un mes o superior.

En nuestra muestra otras características clínicas o de tratamiento, identificadas como factores de riesgo para la recidiva tras la TEC aguda, como el género²³, la presencia o ausencia de síntomas psicóticos²⁴ o el tratamiento con benzodiazepinas o antipsicóticos²⁵, no parecen influir en la recidiva. No obstante, nuestros resultados estarían en consonancia con otros estudios, realizados principalmente en TDM, en los cuales no se han identificado factores de riesgo para la recidiva entre las variables clínicas y sociodemográficas analizadas²⁶⁻²⁸.

Las siguientes limitaciones deben ser consideradas al interpretar nuestros resultados. En primer lugar se trata de un estudio retrospectivo, con revisión de historias y de datos administrativos y sin disponer de entrevistas semiestructuradas diagnósticas o escalas clínicas sistemáticas. Asimismo, los pacientes fueron seguidos en sus centros de salud mental correspondientes, por lo que la periodicidad de las visitas de seguimiento no fue la misma para todos los pacientes. Con la finalidad de ser más objetivos se consideró recidiva únicamente el ingreso en una unidad de psiquiatría o la necesidad de recibir una nueva tanda aguda de TEC. Este hecho ha podido conllevar que en el análisis no se hayan incluido recidivas que fueran resueltas de forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso o de una nueva tanda aguda de TEC. Asimismo, el hecho de considerar la fecha de recidiva, en los casos en los que no se disponía, como la fecha de ingreso o de inicio de la TEC aguda, puede haber contribuido a que el tiempo hasta la recidiva haya sido más largo. La TEC-c/m se ha realizado de forma bilateral, hecho que

puede dificultar la generalización de los resultados a otras modalidades de TEC. Finalmente, cabe destacar que hemos estudiado una muestra de tamaño relativamente reducido. Sin embargo, la dificultad para realizar estudios controlados y aleatorizados en pacientes tratados con TEC revaloriza los estudios retrospectivos en la práctica clínica.

En conclusión, casi la mitad de los pacientes presentaron una recidiva tras la discontinuación de la TEC-c/m, la mayoría de ellos en el primer año. Dicho riesgo debe ser tenido en consideración al plantear la retirada de la TEC-c/m y debería realizarse un seguimiento estrecho e individualizado de dichos pacientes, especialmente en los que tienen episodios previos y en los que el intervalo entre sesiones sea inferior a un mes. No se recomienda retirar la TEC-c/m si la periodicidad de administración es inferior a un mes. Más estudios son necesarios para identificar grupos de riesgo para la recidiva. Sería necesario definir un programa específico para la monitorización de dichos pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Joan Carles Oliva su contribución al análisis estadístico, y a todos los sujetos del estudio, así como al personal del Departamento de Psiquiatría de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.07.001>.

Bibliografía

- Chanpattana W, Kramer BA. Acute and maintenance ECT with flupenthixol in refractory schizophrenia: Sustained improvements in psychopathology, quality of life, and social outcomes. *Schizophr Res.* 2003;63:189–93.
- Mukherjee S, Sackeim HA, Schnur DB. Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: A review of 50 years' experience. *Am J Psychiatry.* 1994;151:169–76.
- Perugi G, Medda P, Toni C, Mariani M, Socci C, Mauri M. The role of electroconvulsive therapy (ECT) in bipolar disorder: Effectiveness in 522 patients with bipolar depression, mixed-state mania and catatonic features. *Curr Neuropharmacol.* 2017;15:359–71.
- Sanghani SN, Petrides G, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31:1.
- Uk T, Review ECT. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2003;361:799–808.
- Itagaki K, Takebayashi M, Shibasaki C, Kajitani N, Abe H, Okada-Tsuchioka M, et al. Factors associated with relapse after a response to electroconvulsive therapy in unipolar versus bipolar depression. *J Affect Disord.* 2017;208:113–9.
- Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: A meta-analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2013;38:2467–74.
- Suzuki K, Awata S, Matsuoka H. One-year outcome after response to ECT in middle-aged and elderly patients with intractable catatonic schizophrenia. *J ECT.* 2004;20:99–106.
- American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging. 2nd ed. Washington, DC; 2001.
- Brown ED, Lee H, Scott D, Cummings GG. Efficacy of continuation/maintenance electroconvulsive therapy for the prevention of recurrence of a major depressive episode in adults with unipolar depression. *J ECT.* 2014;00:1.
- Gill SP, Kellner CH. Clinical practice recommendations for continuation and maintenance electroconvulsive therapy for depression. *J ECT.* 2019;35:14–20.
- 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.
- Vaidya NA, Mahableshwarkar AR, Shahid R. Continuation and maintenance ECT in treatment-resistant bipolar disorder. *J ECT.* 2003;19:10–6.
- Ward HB, Szabo ST, Rakesh G. Maintenance ECT in schizophrenia: A systematic review. *Psychiatr Res.* 2018;264:131–42.
- Zervas IM, Theleritis C, Soldatos CR. Using ECT in schizophrenia: A review from a clinical perspective. *World J Biol Psychiatry.* 2012;13:96–105.
- Huuhka K, Viikki M, Tammentie T, Tuohimaa K, Björkqvist M, Alanen H-M, et al. One-year follow-up after discontinuing maintenance electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2012;28:225–8.
- Bernardo M, Buisán E, Faulí A, Gascón J, Gomar C, González-Pinto A, et al. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva TEC; 1999.
- Bourgon LN, Kellner CH. Relapse of depression after ECT: A review. *J ECT.* 2000;16:19–31.
- Martínez-Amorós E, Cardoner N, Soria V, Gálvez V, Menchón JM, Urretavizcaya M. Long-term treatment strategies in major depression. *J ECT.* 2012;28:92–7.
- San L, Bernardo M, Gómez A, Peña M. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2013;17:2–9.
- Ten Doesschate MC, Bockting CLH, Koeter MWJ, Schene AH, DELTA Study Group. Prediction of recurrence in recurrent depression. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:984–91.
22. Tundo A, Musetti L, Benedetti A, Massimetti E, Pergentini I, Cambiali E, et al. Predictors of recurrence during long-term treatment of bipolar I and II disorders. A 4 year prospective naturalistic study. *J Affective Disord.* 2018;225:123–8.
23. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann JJ, Pettinati HM, et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2001;285:1299–307.
24. Birkenhäger TK, Pluijms EM, Lucius SAP. ECT response in delusional versus non-delusional depressed inpatients. *J Affective Disord.* 2003;74:191–5.
25. Nordenskjöld A, von Knorring L, Engström I. Predictors of time to relapse/recurrence after electroconvulsive therapy in patients with major depressive disorder: A population-based cohort study. *Depress Res Treat.* 2011;2011:1–7.
26. Gagné GG, Furman MJ, Carpenter LL, Price LH. Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long-term antidepressants alone in depressed patients. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1960–5.
27. O'Connor DW, Gardner B, Presnell I, Singh D, Tsanglis M, White E. The effectiveness of continuation-maintenance ECT in reducing depressed older patients' hospital re-admissions. *J Affect Disord.* 2010;120:62–6.
28. Petrides G, Dhossche D, Fink M, Francis A. Continuation ECT: Relapse prevention in affective disorders. *Convuls Ther.* 1994;10:189–94.