

CASO CLÍNICO

CLINICAL CASE

DEL ABISMO A LA ESTABILIDAD: CASO CLÍNICO DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON RESPUESTA SOSTENIDA A TEC¹

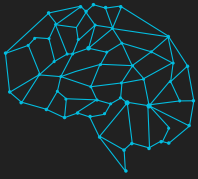
FROM THE ABYSS TO STABILITY: A CASE REPORT OF SCHIZOAFFECTIVE
DISORDER WITH SUSTAINED RESPONSE TO ECT

**B. García Hernández, S. Saumell Echevarne, D. Sanagustín Bosqued, M. Etxandi Santolaya, Á. Fernández Ribas,
J.M. Cuevas Esteban, M. Iglesias González**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain.

Correspondencia: Santiago Saumell Echevarne: ssaumelle.germanstrias@gencat.cat
Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Teléfono: 934978800.
Carretera de Canyet, s/n, 08916 Badalona, Barcelona (ESPAÑA).

¹Premio al mejor Caso Clínico presentado durante las Sesiones Clínicas de Residentes
de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental (curso 2024-2025)



RESUMEN

Introducción: La terapia electroconvulsiva (TEC) es una intervención muy eficaz y segura para tratar trastornos mentales graves, especialmente en pacientes que no responden a la farmacoterapia o presentan efectos adversos relevantes. La tendencia actual en la práctica clínica es hacia modelos más individualizados, en los que se prioriza la adaptación al momento clínico y a las características del paciente.

Presentación del caso: Se describe el caso de una mujer de 72 años con trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, múltiples comorbilidades médicas y escasa tolerancia a tratamientos farmacológicos. A lo largo de dos años sufrió tres episodios de descompensación grave, en cada uno de los cuales recibió una tanda aguda de TEC, incluyendo una realizada en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La técnica fue adaptada en cada ocasión según su evolución clínica. Tras cada intervención, se logró una recuperación completa, y posteriormente se instauró un protocolo de TEC de mantenimiento que permitió prevenir nuevas recaídas.

Discusión: Este caso resalta el valor de un enfoque flexible y centrado en el paciente en el uso de la TEC. Las indicaciones para su aplicación fueron adaptándose a los distintos momentos del curso clínico, al igual que los parámetros técnicos y las condiciones del entorno, lo que permitió su administración incluso en contextos no convencionales como la UCI. Este enfoque permitió evitar la polifarmacia, mejorar la tolerancia al tratamiento y favorecer una recuperación sostenida en el tiempo.

Conclusiones: La evolución de esta paciente muestra que la TEC, cuando se adapta al perfil clínico y al curso de cada episodio, puede ser una opción terapéutica eficaz y bien tolerada en trastornos psiquiátricos complejos. En el caso presentado, su implementación progresiva y sostenida permitió alcanzar estabilidad clínica sin recurrir a la polifarmacia, lo que refuerza su utilidad en pacientes frágiles con escasa tolerancia a los tratamientos farmacológicos.

Palabras Clave: Terapia electroconvulsiva, trastorno esquizoafectivo, personalización del tratamiento, paciente frágil, TEC de mantenimiento.

ABSTRACT

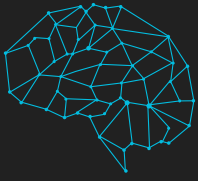
Introduction: Electroconvulsive therapy (ECT) is a very effective and safe option for treating severe mental disorders, especially in patients who do not respond to pharmacotherapy or experience relevant adverse effects. The current trend in clinical practice is towards more individualized models that prioritize adaptation to the patient's clinical stage and individual characteristics.

Case presentation: This case involves a 72-year-old woman with bipolar schizoaffective disorder, multiple medical comorbidities and poor tolerance to pharmacological treatments. Over two years she suffered three episodes of severe decompensation, each time receiving an acute course of ECT, including one performed in the intensive care unit (ICU). The technique was adapted on each occasion based on his clinical evolution. Following each intervention, complete recovery was achieved, and a maintenance ECT protocol was later implemented to prevent further relapses.

Discussion: This case highlights the value of a flexible and patient-centered approach to the use of ECT. Indications for use were progressively adapted throughout the clinical course, along with technical parameters and treatment setting, allowing for administration even in nonstandard environments such as the ICU. This strategy made it possible to avoid polypharmacy, improve tolerance to treatment and favor sustained recovery.

Conclusions: The clinical course of this patient illustrates that ECT, when tailored to the clinical profile and course of each episode, can be an effective and well-tolerated therapeutic option in complex psychiatric disorders. In this case, its progressive and sustained implementation led to clinical stability without the need for polypharmacy, reinforcing its value in frail patients with limited tolerance to pharmacological treatments.

Keywords: Electroconvulsive therapy, schizoaffective disorder, treatment personalization, fragile patient, maintenance ECT.



INTRODUCCIÓN

La terapia electroconvulsiva (TEC) se considera uno de los tratamientos más eficaces y con respuesta clínica más rápida en el manejo de trastornos psiquiátricos graves. Su aplicación está ampliamente respaldada en cuadros como la depresión mayor resistente, la manía aguda, la catatonía, la esquizofrenia con síntomas refractarios y los trastornos esquizoafectivos, donde ha demostrado tasas de respuesta significativamente superiores a las de otros tratamientos disponibles (Kellner, Obbels, & Sienaert, 2019; Subramanian, Lopez, Zorumski, & Cristancho, 2021; Tor, Phu, Liaw, & Tay, 2021). Sin embargo, relegar este tratamiento como último recurso terapéutico puede disminuir su efectividad y retrasar la respuesta, prolongando así el sufrimiento del paciente. Su aplicación en fases más tempranas de la enfermedad está cada vez más respaldada por las guías de práctica clínica (Lam et al., 2024).

Por otro lado, los avances en la técnica han contribuido a mejorar notablemente su perfil de seguridad. Si bien los efectos adversos que más han preocupado tradicionalmente han sido los de tipo cognitivo, el desarrollo de la técnica ha permitido su disminución de forma notable (Espinola & Kaster, 2025; Weiner, 2008). En este sentido, se considera que la TEC es un procedimiento seguro, con efectos secundarios transitorios en la mayoría de los casos y una favorable relación riesgo-beneficio (Zilles-Wegner, Kellner, & Sartorius, 2024).

La elevada eficacia y tolerabilidad de la TEC no depende exclusivamente del cumplimiento de los criterios diagnósticos o de gravedad establecidos. La evidencia reciente señala que si la TEC no se aplica en el momento evolutivo de la enfermedad adecuado, o si no se tienen en cuenta los factores individuales del paciente, su efectividad puede verse comprometida (Salagre, Pedersen, Kellner, Rohde, & Østergaard, 2022; Balint, Khan, & Hooke, 2023). En este contexto, en los últimos años ha cobrado fuerza un enfoque más centrado en la personalización del tratamiento y que, más allá de la indicación tradicional, contempla al paciente desde una perspectiva holística y multidisciplinar (Moschny, Dörfler, König, Goltermann, Lulé, & Palm, 2020; Esteban, Blanco, Rodríguez Montes, & Baladón, 2020).

El caso clínico que se presenta a continuación ilustra la aplicación de la TEC desde esta perspectiva en una paciente con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo bipolar, múltiples hospitalizaciones previas, comorbilidad somática y escasa respuesta a diversos esquemas psicofarmacológicos.

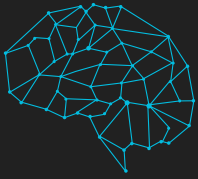
La aplicación de TEC, en un contexto clínico bien definido y con un enfoque individualizado, permitió alcanzar una estabilización sostenida sin necesidad de recurrir a la polifarmacia. Este ejemplo pone de relieve cómo una indicación precisa, una implementación técnica adecuada y una visión integral del paciente pueden convertir a la TEC en una herramienta terapéutica no solo eficaz y segura, sino estratégicamente racional en la práctica clínica actual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 72 años, viuda y pensionista, que vive sola y mantiene contacto habitual con su hija. Se maneja de forma autónoma en las actividades de la vida diaria, sin requerir de apoyo externo. Como antecedentes somáticos relevantes padece de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y ha presentado diversas neumonías de repetición desde la infancia. En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, la paciente presenta un trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, con una evolución clínica que incluye cinco ingresos psiquiátricos por episodios de descompensación, el último de ellos registrado en el año 2012. Desde entonces se mantiene clínicamente estable bajo seguimiento ambulatorio en el centro de salud mental, recibiendo tratamiento con oxcarbazepina 600 mg/día y olanzapina 10 mg/día.

En junio de 2022 la paciente es trasladada de forma involuntaria a urgencias psiquiátricas por alteraciones de conducta en la vía pública. En la evaluación inicial, la paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por desorientación temporal y espacial, agitación psicomotriz, actitud oposicionista, pensamiento marcadamente desorganizado y discurso incoherente. Estos hallazgos orientan hacia la sospecha de un síndrome confusional de posible etiología médica, por lo que se solicita valoración conjunta con el equipo de medicina interna. Tras la exploración y pruebas complementarias, se establece el diagnóstico de neumonía grave con insuficiencia respiratoria, acompañado de atelectasia crónica y derrame pleural, lo que conlleva su ingreso en planta médica para estabilización somática.

Durante la hospitalización, se inicia tratamiento antibiótico y medidas de soporte orientadas al manejo del cuadro infeccioso, observándose una mejoría progresiva del estado confusional en paralelo a la estabilización clínica. Sin embargo, a medida que este proceso se resuelve, se objetiva la aparición de sintomatología psicótica, lo que orienta a una descompensación del trastorno esquizoafectivo de base.



Ante la falta de respuesta clínica al ajuste del tratamiento psicofarmacológico, que incluye la sustitución de oxcarbazepina por valproato hasta 700 mg/día y la asociación de olanzapina y risperidona a dosis plenas, se decide el traslado a la unidad de hospitalización psiquiátrica donde, dada la escasa mejoría y las características clínicas del cuadro, se indica la aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC).

Se realiza una tanda aguda de siete sesiones utilizando posición de electrodos bifrontotemporal y mediante técnica de titulación progresiva para a determinación del umbral convulsivo, estimado alrededor de un 151mC, con estimulaciones posteriores realizadas 1,5 veces por encima del umbral (225 mC). En las siguientes sesiones se obtienen convulsiones clínicas y eléctricas de aproximadamente 20 y 25 segundos de duración, respectivamente (véanse las características detalladas en la Tabla 1), con parámetros EEG indicativos de buena calidad (índice de supresión post-ictal superior al 50% en la mayoría de sesiones y adecuada correlación interhemisférica).

La única reacción adversa observada es una tendencia a la bradicardia durante el procedimiento, que no precisa de ninguna intervención. La paciente presenta una respuesta clínica completa, por lo que se procede al alta en agosto de 2022 en tratamiento con valproato 700 mg/día y risperidona 4 mg/día.

En septiembre de 2022, la paciente presenta un empiema pulmonar como complicación del derrame pleural previamente descrito, que evoluciona hacia un cuadro infeccioso respiratorio grave, requiriendo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con soporte ventilatorio mediante intubación orotraqueal. Durante su estancia, en el contexto del proceso de weaning, la paciente presenta episodios de agitación psicomotriz y alteraciones conductuales de difícil manejo, que imposibilitan la progresión satisfactoria de éste. Tras mejoría somática se solicita la valoración por parte del equipo de psiquiatría de enlace, quien objetiva la presencia de sintomatología psicótica activa sin hallazgos compatibles con un cuadro confusional, lo que orienta hacia una nueva descompensación de la enfermedad psiquiátrica de la paciente. La intervención inicial consiste en la administración de neurolépticos. Sin embargo, éstos condicionan episodios de hipoxemia dificultando de esta manera la recuperación somática y prolongando la necesidad de su estancia en la UCI. Ante la ausencia de respuesta clínica con las medidas farma-

cológicas aplicadas de forma inicial, y considerando los antecedentes de buena respuesta a la TEC, se decide iniciar nueva tanda aguda en la UCI utilizando directamente en la primera sesión los parámetros de estimulación utilizados en la última aplicación.

En esta segunda tanda aguda de TEC se aplican un total de ocho sesiones: cuatro en la unidad de cuidados intensivos (UCI), que permiten una mejoría clínica suficiente para proceder a la extubación y al traslado a planta convencional, y cuatro adicionales tras el traslado a la unidad de agudos. A partir de la tercera sesión se incrementa la carga de estimulación a 302mC debido al aumento del umbral convulsivo (véase Tabla 1). En paralelo, se modifica el tratamiento farmacológico, sustituyéndose el valproato por oxcarbazepina ante la aparición de temblor (ya descrito en anteriores episodios), e iniciándose quetiapina hasta 350 mg/día. La paciente es dada de alta en noviembre de 2022 tras alcanzar la estabilización completa del cuadro.

En enero de 2023, la paciente presenta una nueva descompensación psicopatológica sin un desencadenante médico identificado. Debido a su respuesta favorable previa a la TEC, se decide iniciar directamente una tercera tanda aguda de ocho sesiones, aplicando los mismos parámetros de estimulación utilizados en la tanda anterior y logrando convulsiones de adecuada calidad (Tabla 1). En cuanto al tratamiento farmacológico, se suspende oxcarbazepina por hiponatremia y se sustituye quetiapina por olanzapina hasta 10mg/día, que se mantiene como tratamiento de base en monoterapia.

Ante la evolución clínica favorable y los antecedentes de recaídas frecuentes tras la interrupción del TEC, se establece un protocolo de TEC de mantenimiento, que la paciente continúa actualmente, con ajustes periódicos en los parámetros de estimulación y la frecuencia de las sesiones en función de su evolución clínica.

DISCUSIÓN

La evolución clínica de esta paciente permite ilustrar cómo la TEC, más allá de su eficacia contrastada, requiere un planteamiento flexible y personalizado. En este caso, su uso se fue adaptando progresivamente a lo largo de tres ingresos, no sólo en términos de indicación y técnica, sino también respecto al entorno de aplicación y la decisión de mantenimiento. A continuación, se detallan los principales aspectos de personalización que guiaron la intervención.

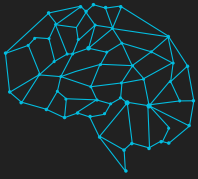


Tabla 1.

Evolución de los parámetros técnicos y clínicos de la TEC en fase aguda y de mantenimiento.

Resumen de las sesiones administradas durante los distintos momentos del tratamiento (ingresos y fase de mantenimiento), incluyendo frecuencia de aplicación, tipo de onda y carga utilizada, duración de la convulsión, e índice de supresión postictal (PSI).

Momento de aplicación	Nº de sesiones	Frecuencia	Pulso de onda y carga	Tiempo total de convulsión EEG (s)	Tiempo total de convulsión clínica (s)	Media de PSI (%)		
1er ingreso	7	2-3 por semana	L 0.5 45% α	147	126	50		
2º ingreso	2			328	136	48		
	6							
3er ingreso	8	1 cada 3 semanas	L 0.5 60%	296	128	70		
Mantenimiento	3			Quincenal	126	60	16	
	3			1 cada 3 semanas	81	51	37	
	1				L 0.25 10% α	90	100	80
	5							
	7			L 0.25 25%	147	84	58	
33	Mensual	792	957		87			

Nota. α Excepto en la sesión de titulación.

1. PERSONALIZACIÓN EN LA INDICACIÓN DIAGNÓSTICA Y LÍNEA TERAPÉUTICA

Inicialmente, la TEC fue indicada como tratamiento de tercera línea, tras constatar la ausencia de respuesta clínica a varios psicofármacos, incluyendo combinaciones de antipsicóticos y eutimizantes, en el contexto de una descompensación psicopatológica. De acuerdo con las recomendaciones internacionales (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments [CANMAT], 2024), en el trastorno esquizoafectivo, la TEC no constituye una primera elección, a menos que exista una resistencia documentada al tratamiento farmacológico o una urgencia clínica que lo justifique.

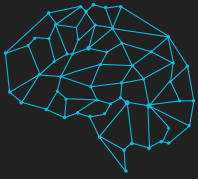
Sin embargo, en los episodios posteriores, la indicación se modificó. En el segundo episodio, la paciente ya había presentado una respuesta previa completa y sostenida a la TEC, lo que justificó su uso de forma mucho más temprana ante la falta de eficacia de los neurolépticos y la gravedad del cuadro clínico (American Psychiatric Association [APA], 2023). Esta misma lógica fue aplicada en el tercer ingreso,

donde la TEC se instauró de forma precoz ante la ausencia de tolerancia a los psicofármacos, confirmando así su reposicionamiento como estrategia de primera elección.

Este caso pone de manifiesto cómo la indicación de la terapia electroconvulsiva puede adaptarse a las distintas fases evolutivas de un mismo paciente. Lo que en un inicio fue una opción de último recurso, se transformó en una estrategia terapéutica de primera línea ante la evidencia de una respuesta previa favorable y la baja tolerancia a los tratamientos previos.

2. DECISIÓN DE INSTAURAR O NO TEC DE MANTENIMIENTO

Otro aspecto relevante en la personalización del tratamiento fue la decisión de si se debía implementar un régimen de TEC de mantenimiento. La TEC de mantenimiento consiste en la administración de esta técnica tras la fase aguda del tratamiento con el objetivo de prevenir recaídas y mantener la estabilidad clínica. Su indicación se considera



en pacientes que han respondido favorablemente a la TEC en fase aguda y que presentan una enfermedad resistente al tratamiento, intolerancia a los psicofármacos, falta de eficacia de la farmacoterapia en la prevención de recaídas y/o cuando el paciente expresa una preferencia por este tratamiento (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental [SEPSM], 2022). La evidencia científica indica que la TEC de mantenimiento puede reducir significativamente las tasas de recaída y rehospitalización en pacientes con trastorno esquizoafectivo (Kellner, Obbels, Sienaert, & Brakemeier, 2023), también en comparación con aquellos tratados únicamente con farmacoterapia (Jørgensen, Gronemann, Rozing, Jørgensen, & Osler, 2024).

En el caso expuesto, tras el primer episodio, se optó por concluir el tratamiento sin mantenimiento, considerando la estabilidad clínica prolongada previa y por la posibilidad de que el episodio hubiera sido desencadenado por una infección. Durante el segundo episodio se consideró la posibilidad de iniciar TEC de mantenimiento, dada la respuesta clínica rápida y favorable a la tanda aguda. Sin embargo, esta opción fue descartada al valorarse que el episodio pudo haber sido desencadenado por una sobreinfección pulmonar ya resuelto, reduciéndose el riesgo de nuevas descompensaciones tras tratar la posible causa subyacente (Miller, Graham, Bodenheimer, Culpepper, & Buckley, 2013). Además, la escasa tolerancia al aumento de dosis de valproato había impedido alcanzar una dosificación óptima, por lo que se priorizó la optimización del tratamiento farmacológico, siendo respaldada esta decisión por el antecedente de estabilidad clínica prolongada con medicación de mantenimiento. No obstante, tras una tercera descompensación sin precipitantes médicos claros y antecedentes de respuestas favorables a las tandas agudas de TEC recibidas, se decidió establecer un régimen de mantenimiento, teniendo en cuenta la escasa tolerancia al tratamiento con eutimizantes (hiponatremia y temblores inducidos por la oxcarbazepina y el valproato respectivamente) y el riesgo de polifarmacia en una paciente frágil.

La implementación de este plan de mantenimiento ha resultado fundamental para la estabilización clínica sostenida de la paciente en el medio y largo plazo.

3. NÚMERO Y CADENCIA DE SESIONES

Las principales guías clínicas, tanto de la Sociedad Española de Psiquiatría como de la American Psychiatric Association, coinciden en que el número de sesiones, ya sea en fase

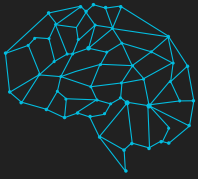
aguda o de mantenimiento, debe individualizarse en función de la evolución clínica, la respuesta terapéutica, los factores de riesgo de recaída y las preferencias del paciente (APA, 2023; SEPSM, 2022). En estas guías, se señala que no existe un número estándar de sesiones para la fase aguda, aunque en la práctica clínica suele situarse entre 6 y 12 sesiones (SEPSM, 2022). En cuanto a la cadencia de administración, se recomienda una frecuencia habitual de 2 a 3 sesiones por semana durante la fase aguda (SEPSM, 2022; APA, 2023).

En este caso, el número total de sesiones en cada tanda aguda fue ajustado de forma personalizada según la respuesta clínica observada. En la primera tanda se realizaron siete sesiones, mientras que en las dos siguientes se alcanzó la remisión clínica completa tras ocho sesiones en cada una. Esta variabilidad pone de manifiesto la importancia de un abordaje flexible, en el que la decisión sobre cuándo finalizar el tratamiento se base en la evolución psicopatológica del paciente y no únicamente en promedios estimados, siendo clave la monitorización clínica continua (Balint, Khan, & Hooke, 2023). En cuanto a la fase de mantenimiento, se optó finalmente por mantener el tratamiento de forma indefinida hasta la actualidad, ya que la paciente se mantiene clínicamente estable, tolera bien la técnica desde el punto de vista cognitivo, existe la posibilidad de reducir la polifarmacia, y expresa claramente su voluntad de continuar. Esta elección está en línea con un modelo de atención centrado en el paciente, que promueve la toma de decisiones compartida y respeta sus preferencias (Coffey & Coffey, 2016; APA, 2023). Se ha establecido una reevaluación periódica de la necesidad de mantener el tratamiento, sugiriéndose hacerlo al menos cada seis meses (SEPSM, 2022).

4. ENTORNO DE APLICACIÓN: REALIZACIÓN EN UCI

Una de las decisiones más destacadas en este caso fue la administración de TEC en la unidad de cuidados intensivos, algo poco frecuente pero técnicamente posible. Según el Consenso sobre TEC de la SEPSM (2022), la TEC debe llevarse a cabo en una unidad que cuente con tres áreas: una zona de espera, un espacio destinado a aplicación y un área de recuperación. La sala destinada a la aplicación debe tener suficiente espacio para alojar el equipo de anestesia, el aparato de estimulación y permitir intervenciones de reanimación si fueran necesarias.

En el primer y tercer ingreso, así como durante el tratamiento de mantenimiento, la TEC pudo aplicarse en condi-



ciones estándar en la Unidad de Neuromodulación del hospital. No obstante, durante el segundo ingreso, la paciente se encontraba intubada y presentaba una situación clínica inestable, lo que imposibilitaba su traslado a una unidad específica para la administración de la TEC. En este contexto, la posibilidad de realizar la intervención en la UCI, donde los equipos de monitorización y la posibilidad de realizar una reanimación son elementos esenciales del servicio, fue determinante para iniciar el tratamiento de forma precoz, lo que contribuyó a facilitar el proceso de weaning, mejorar la estabilidad clínica general y permitir el posterior traslado a planta convencional.

5. TEC COMO OPCIÓN EN PACIENTES FRÁGILES

Este caso resalta el valor de la TEC como alternativa terapéutica en pacientes frágiles, con múltiples comorbilidades médicas y escasa tolerancia a los psicofármacos. La paciente, de edad avanzada y con múltiples comorbilidades (diabetes, hipertensión, dislipemia, neumonías de repetición), presentó efectos adversos relevantes ante diversos tratamientos farmacológicos (temblores, hiponatremia, hipoxemia), lo que limitó severamente las opciones terapéuticas convencionales. En este contexto, la TEC se erige como una opción eficaz, segura y adaptativa, evitando polifarmacia y preservando la funcionalidad (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental [SEPSM], 2022).

6. TÉCNICA

La técnica de aplicación constituye un elemento clave en la individualización del tratamiento con TEC. Su planificación debe considerar de forma integrada varios factores: la localización de los electrodos, la carga total administrada, los parámetros del estímulo y la frecuencia y número de sesiones. La localización de los electrodos, en particular, debe adaptarse a cada caso, ya que influye directamente en la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento, y a su vez puede verse condicionada por los demás aspectos técnicos mencionados (SEPSM, 2022).

En la práctica clínica, la colocación bifrontotemporal (BFT) suele ser la más utilizada al inicio de una tanda aguda, especialmente en contextos que requieren una respuesta terapéutica rápida, dado su perfil de eficacia demostrado (SEPSM, 2022). En el caso descrito, durante el primer ingreso se optó por una configuración BFT con cargas medias (véase Tabla 1), en línea con la necesidad clínica de una respuesta efectiva

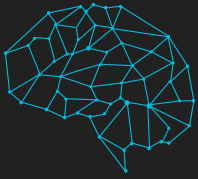
y rápida ante la gravedad del episodio. La paciente toleró adecuadamente este primer ciclo. Ante un segundo episodio agudo, coincidiendo con una situación médica crítica que requería estabilización psiquiátrica para poder avanzar en el proceso de weaning ventilatorio, se mantuvo la misma técnica y parámetros. Durante esta tanda, se observó una disminución en la duración y calidad de las convulsiones, lo que motivó un incremento en la carga a partir de la tercera sesión. Este ajuste se alinea con lo descrito en la literatura sobre el aumento progresivo del umbral convulsivo a lo largo de los tratamientos (Luccarelli, McCoy, Seiner, & Henry, 2020; Mori et al., 2021).

Una vez alcanzada la estabilización clínica, se inició un protocolo de TEC de mantenimiento. En esta fase, la paciente comenzó a referir quejas mnésicas, a pesar del espaciamiento progresivo de las sesiones. Ante estas manifestaciones cognitivas, se decidió modificar la estrategia técnica y emplear una colocación unilateral (UL), buscando reducir el impacto cognitivo. Aunque tradicionalmente considerada menos eficaz, la evidencia actual indica que, con una carga bien ajustada, la estimulación unilateral puede lograr una eficacia comparable a la bilateral, con mejor tolerancia neurocognitiva (SEPSM, 2022). Durante el seguimiento, se observó que la paciente presentaba cierta inestabilidad clínica los días previos a cada sesión, y las convulsiones eran progresivamente más breves, tanto clínica como eléctricamente. Esto motivó un nuevo aumento en la carga de estimulación. Tras cinco sesiones con este nuevo esquema, y ante la persistencia de una respuesta clínica limitada y convulsiones de baja calidad, se incrementó nuevamente la carga, manteniéndose desde entonces las características de estimulación ajustadas.

CONCLUSIONES

Este caso clínico demuestra cómo la TEC, cuando se aplica de forma individualizada y ajustada a las características del paciente, puede convertirse en una herramienta eficaz, segura y estratégicamente versátil para el tratamiento de pacientes frágiles con trastorno esquizoafectivo y múltiples comorbilidades médicas.

A lo largo de tres episodios agudos, la TEC evolucionó de ser una opción de última línea a establecerse como intervención de primera elección, particularmente ante la limitada tolerancia a los psicofármacos, la necesidad de respuesta rápida y los antecedentes de buena respuesta clínica. Este proceso pone de manifiesto la importancia de adaptar la in-



dicación terapéutica al curso clínico de cada paciente.

La personalización abarcó múltiples niveles del tratamiento: desde la decisión de iniciar o no una fase de mantenimiento, hasta el ajuste del número de sesiones, el tipo de colocación de electrodos, la carga administrada y el entorno clínico. La posibilidad de aplicar la TEC en unidades no convencionales, como la UCI, fue decisiva para intervenir precozmente en situaciones de inestabilidad médica, favoreciendo una recuperación integral.

Asimismo, la instauración de un protocolo de TEC de mantenimiento, basado en la evolución clínica, la baja tolerancia farmacológica y la voluntad de la paciente, ha sido fundamental para alcanzar una estabilidad prolongada, reduciendo el riesgo de recaídas y evitando la polifarmacia.

Este caso subraya el valor de una planificación flexible, progresiva y centrada en la persona, alineada con las recomendaciones actuales de las guías clínicas. Reafirma, además, el papel de la TEC como una opción terapéutica de gran utilidad en cuadros psiquiátricos complejos, especialmente en poblaciones vulnerables.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

FINANCIACIÓN

Este proyecto no ha recibido ningún tipo de financiación.

CONTRIBUCIÓN

Los autores Belén García Hernández¹ y Santiago Saumell Echevarne¹ participaron por igual en la revisión de la literatura y redacción del artículo.

María Iglesias González¹ participó en la supervisión y revisión de la redacción del artículo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

COMITÉ DE ÉTICA

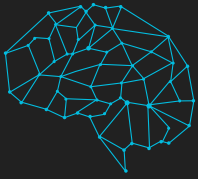
Este proyecto cumple con todos los criterios éticos establecidos por la Declaración de

Helsinki y todas las leyes locales sobre confidencialidad de pacientes y protección de

datos. No fue necesaria su exposición al comité de ética para su elaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kellner, C. H., Obbels, J., & Sienaert, P. (2019). When to consider electroconvulsive therapy (ECT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(4), 304–315. <https://doi.org/10.1111/acps.13134>
2. Subramanian, S., Lopez, R., Zorumski, C. F., & Cristancho, P. (2021). Electroconvulsive therapy in treatment resistant depression. *Journal of the Neurological Sciences*, 434, 120095. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.120095>
3. Tor, P. C., Phu, A. H., Liaw, T. J., & Tay, A. H. (2021). Electroconvulsive therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder: A review of clinical indications and predictors of treatment response. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 11, 20451253211002987. <https://doi.org/10.1177/20451253211002987>
4. Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., et al. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), 641–687. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>
5. Espinola, C. W., & Kaster, T. S. (2025). Tolerability and clinical outcomes with anesthesia dose reduction during electroconvulsive therapy. *JAMA Network Open*, 8(2), e2462054. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.62054>
6. Weiner, R. D. (2008). *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging (2ª ed.)*. American Psychiatric Publishing.
7. Zilles-Wegner, D., Kellner, C. H., & Sartorius, A. (2024). Electroconvulsive therapy and its new competitors: ECT remains the gold standard. *Journal of ECT*, 40(4), e31–e32. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000001034>
8. Salagre, E., Pedersen, M. I., Kellner, C. H., Rohde, C., & Østergaard, S. D. (2022). The use of electroconvulsive therapy (ECT) en bloc in Denmark: A nationwide register-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 440–446. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2142279>
9. Balint, T., Khan, R. N., & Hooke, G. (2023). The relative effectiveness of bilateral and unilateral electrode placement in electroconvulsive therapy (ECT) in patients with major depressive disorder: A retrospective cohort study. *Cureus*, 15(8), e42938. <https://doi.org/10.7759/cureus.42938>
10. Moschny, A., Dörfler, S., König, J., Goltermann, J., Lulé, D., & Palm, U. (2020). Electroconvulsive therapy, changes in immune cell ratios, and their association with seizure quality and clinical outcome in depressed patients. *Psychiatry Research*, 284, 112771. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112771>
11. Esteban, J. C., Blanco, A. S., Rodríguez Montes, J. L., & Baladón, L. (Eds.). (2020). *Hospitalización psiquiátrica breve: Manual clínico*. Editorial Médica Panamericana.
12. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. (2024). CANMAT Guidelines. <https://www.canmat.org/>
13. American Psychiatric Association. (2023). *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging (3ª ed.)*. American Psychiatric Publishing.
14. Kellner, C. H., Obbels, J., Sienaert, P., & Brakemeier, E. L. (2023). Maintenance electroconvulsive therapy: Indications, efficacy, and safety. *International Review of Psychiatry*, 35(2), 192–203. <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2182711>
15. Jørgensen, A., Gronemann, F. H., Rozing, M. P., Jørgensen, M. B., & Osler, M. (2024). Clinical outcomes of continuation and maintenance electroconvulsive therapy: A nationwide cohort study. *JAMA Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2360>



16. Miller, B. J., Graham, K. L., Bodenheimer, C. M., Culpepper, N. H., & Buckley, P. F. (2013). A prevalence study of urinary tract infections in acute relapse of schizophrenia: More than just a chance observation? *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(3), 271–277. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08050>
17. Coffey, M. J., & Coffey, C. E. (2016). Patient-centered electroconvulsive therapy care: A call to action. *Journal of ECT*, 32(2), 78–79.
18. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2022). *Consenso sobre terapia electroconvulsiva (TEC)*. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/2018_Consenso_TEC.pdf
19. Luccarelli, J., McCoy, T. H. Jr., Seiner, S. J., & Henry, M. E. (2020). Changes in seizure duration during acute course electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 36(4), 255–260. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000663>
20. Mori, A., Uchida, H., Tateishi, Y., Yoshida, K., Kitajima, T., Sakurai, H., et al. (2021). Approaches for difficult-to-induce-seizures electroconvulsive therapy cases (DEC): A Japanese expert consensus. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75(9), 288–295. <https://doi.org/10.1111/pcn.13230>
21. Iglesias González, M., & Urretavizcaya Sarachaga, M. (2020). Terapia electroconvulsiva. En J. Cuevas Esteban, A. Serrano Blanco, J. L. Rodríguez Montes, & L. Baladón (Eds.), *Hospitalización psiquiátrica breve* (Cap. 12). Editorial Médica Panamericana.
22. Swoboda, E., Conca, A., König, P., Waanders, R., & Hansen, M. (2001). Maintenance electroconvulsive therapy in affective and schizoaffective disorder. *Neuropsychobiology*, 43(1), 23–28. <https://doi.org/10.1159/000054861>