

## RECOMENDACIONES GENERALES DE LA SEPB PARA ADAPTAR LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

11 de mayo de 2020

Este documento ha sido elaborado y revisado por el Grupo de Trabajo sobre la Terapia Electroconvulsiva de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

### **Elaborado por:**

- Erika Martínez Amorós. Psiquiatra. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.
- Mikel Urretavizcaya Sarachaga. Psiquiatra. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

### **Revisado por:**

- Manuel Arrojo Romero. Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela, A Coruña.
- Aida de Arriba Arnau. Psiquiatra. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
- Juan Luis Fernández Candil. Anestesiólogo. Parc de Salut Mar, Barcelona.
- Joaquín Gil Badenes. Psiquiatra. Hospital Clínic, Barcelona.
- M<sup>a</sup> Loreto Medina Garrido. Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia, El Palmar (Murcia).
- Javier Palomo Lerchundi. Psiquiatra. Hospital Universitario Donostia, Donostia (Gipuzkoa).
- Josep Pifarré Paredero. Psiquiatra. Hospital Universitario de Santa María y Hospital Sant Joan de Déu Terres, Lleida.
- Jorge Pla Vidal. Psiquiatra. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).
- Roberto Rodríguez-Jiménez. Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- Francisco Javier Sanz Fuentenebro. Psiquiatra. CSM Usera, Madrid.

### **Aprobado por:**

- Miquel Bernardo Arroyo. Psiquiatra. Hospital Clínic, Barcelona. Expresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).
- Ana González-Pinto Arrillaga. Psiquiatra. Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz. Presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

## INTRODUCCIÓN

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un procedimiento médico esencial y en algunos pacientes supone un tratamiento necesario, de emergencia, y que salva vidas. Para otros pacientes, la TEC sigue siendo un tratamiento urgente o esencial por las características clínicas de su trastorno (gravedad psicopatológica o elevado riesgo de recaída) o por la falta de alternativas terapéuticas (refractoriedad o intolerancia a los fármacos). Finalmente, para un último grupo de pacientes (por ej., pacientes con TEC de mantenimiento estabilizados o pacientes con situaciones clínicas menos urgentes), la TEC podría ser considerada una técnica terapéutica “electiva”, y, por lo tanto, y durante la pandemia, ser demorada o pospuesta.

El hecho de que tradicionalmente se haya visto la TEC como un procedimiento electivo, sin la distinción de grupos mencionada, puede traer como consecuencia que, en esta época de pandemia, muchos casos e indicaciones de tratamiento con TEC sean erróneamente etiquetados como “no urgentes” o “no esenciales”, a la manera en que ocurre con otros procedimientos médico-quirúrgicos que sí son electivos independientemente de otros factores.

En numerosos centros y hospitales de España, ya sea por la gravedad de la situación de emergencia sanitaria, por la ausencia de medios materiales y profesionales, o por el riesgo inherente a la propia técnica de la TEC (“generación de aerosoles”), se han limitado los nuevos cursos agudos de TEC a los pacientes más urgentes y se ha prolongado el tiempo entre tratamientos de mantenimiento tanto como fuese posible. Las condiciones de aplicación en dichos centros no han sido homogéneas, al basarse en los protocolos de actuación “frente a casos de infección por el nuevo coronavirus” o planes de contingencia de cada centro. En otros centros y hospitales, la TEC ha tenido que ser suspendida en su totalidad, generando alarma entre los pacientes, sus familiares o cuidadores y sus propios médicos responsables.

Si bien en estas semanas, y de forma razonable y lógica, la atención se ha centrado en afrontar y contener directamente la pandemia de COVID-19 a través de medidas de Salud Pública, sigue siendo necesario brindar atención a todos los demás pacientes, incluidos aquellos con enfermedades mentales graves que requieren TEC, por lo que debemos poder garantizar el acceso y la viabilidad de este tratamiento, en condiciones de máxima seguridad para los profesionales y el propio paciente.

Por todo ello, es necesario desarrollar un marco sobre el cual determinar una jerarquía de necesidades acorde con los recursos locales, humanos y materiales, para poder realizar la TEC cuando sea necesaria y de la forma más segura posible, teniendo en cuenta el rol único de la TEC en el tratamiento de nuestros pacientes con trastornos graves, así como en el mantenimiento de su calidad de vida. El documento, llevado a cabo por el Grupo de trabajo sobre la TEC de la SEPB, pretende recoger la información disponible (PubMed) y elaborar una serie de recomendaciones de consenso que pueden ser susceptibles de modificaciones, en función del lugar, teniendo en cuenta las diferentes situaciones de cada centro u hospital, en cuanto a la evolución de la pandemia, así como los recursos materiales y humanos disponibles. Dichas recomendaciones no son pautas absolutas u oficiales y estarán sujetas a la aprobación de cada centro u hospital y no deben sustituir a las propias recomendaciones elaboradas por los propios centros o los organismos pertinentes de Salud. Es extremadamente importante que se trabaje conjuntamente con sus equipos de anestesiología y medicina interna/preventiva. Asimismo, es previsible que la situación de pandemia se alargue durante los próximos meses por lo que será necesario continuar evaluando y revalorando la sostenibilidad de las medidas, aumentando nuestra capacidad y manteniendo la seguridad.

Se han encontrado 4 artículos sobre la situación de la TEC durante la pandemia de COVID-19 y la ISEN (*International Society for ECT and Neurostimulation*) ha publicado una *letter* sugiriendo unas recomendaciones. Asimismo, algunos hospitales han elaborado protocolos de actuación, sometidos a posibles modificaciones según la evolución de la pandemia.

## RIESGOS DE LA TEC Y PANDEMIA COVID-19

Existen aspectos inherentes a la TEC que incrementan el riesgo en la situación de pandemia COVID-19:

- Muchos de los pacientes que requieren TEC son mayores y con comorbilidades (por ej., DM o HTA), que incrementan la morbi/mortalidad en caso de infección por COVID-19. Asimismo, la propia descompensación psicopatológica puede conllevar dificultades para realizar las medidas preventivas de higiene y distanciamiento físico.
- La TEC requiere anestesia general, manejo de la vía aérea y, en ocasiones, aspiración de saliva o secreciones. Además, puede ser necesario, en el proceso de recuperación, alentar al paciente a que tosa.
- Elevado recambio de profesionales que participan en el proceso.
- Contacto estrecho con el equipo durante unas horas en un espacio reducido.
- En las salas de TEC coinciden varios pacientes.
- La técnica se aplica en régimen de ingreso, pero también en régimen ambulatorio (en este caso, el paciente acude desde su domicilio, sin poderse asegurar que cumpla con las recomendaciones de las autoridades sanitarias).

## SELECCIÓN DE CASOS - INDICACIONES

- **TEC aguda:** hasta que no se pueda retomar la actividad completa habitual, priorizar los casos urgentes, ya sea por riesgo vital o catatonía, por gravedad psicopatológica, por ausencia de alternativas terapéuticas o por antecedentes de buena respuesta a la TEC. Considerar el riesgo/beneficio, sobre todo en pacientes mayores o con comorbilidad somática. Reevaluar la indicación semanalmente. En caso de no poder retomar la actividad de TEC, valorar derivación a otro centro.

- **TEC de mantenimiento (TEC-M):** revalorar la pauta, alargando el intervalo entre sesiones si fuese posible, e incrementando el seguimiento, telefónico o a través de videoconsulta, de estos pacientes para detectar posibles recaídas. Priorizar los pacientes con antecedentes de conductas suicidas o heterolesivas en el contexto de recaídas previas. En aquellos centros en los que la TEC ha sido

suspendida, priorizar aquellos casos en los que se detecten signos o síntomas de recaída e ir incluyendo, en la medida que la situación de pandemia y los recursos lo permitan, los siguientes casos. Individualizar la conveniencia de reiniciar la TEC-M en aquellos pacientes que se hayan mantenido estables, en función de la evolución previa y de la preferencia del paciente. Considerar el riesgo/beneficio, sobre todo en pacientes mayores o con comorbilidad somática. En caso de no poder retomar la actividad de TEC, valorar derivación a otro centro.

## **CONDICIONES DE APLICACIÓN**

### **Consentimiento informado**

En la literatura revisada no se menciona la necesidad de recoger un consentimiento específico que tenga en cuenta el riesgo en situación de pandemia; se recomienda registrar en la historia clínica que se informa al paciente (y familiar si se considera) y su consentimiento verbal.

### **Detección COVID-19**

La detección de los síntomas de COVID-19 antes de administrar la TEC es importante para reducir el riesgo de exposición. Incluso si se realiza una evaluación adecuada antes de la TEC, algunos pacientes podrían ser portadores asintomáticos y transmitir el virus; en series recientes el porcentaje de asintomáticos se calcula en un 25-50%. No acompañar el cribado por síntomas de test PCR implica un riesgo de contagio a los profesionales y a los otros usuarios de la sala o Unidad de TEC. Teniendo en consideración estos riesgos, y siempre siguiendo las directrices de su hospital, cada programa de TEC debe individualizar cómo proceder en función de la disponibilidad de material y necesidades de sus pacientes.

La detección debe realizarse antes (por ejemplo, con una llamada telefónica el día anterior) y durante la llegada a la TEC. Los pacientes ambulatorios deben recibir instrucciones para llamar antes de venir a la TEC si experimentan algún síntoma activo, sobre todo si no se puede realizar la llamada el día anterior.

Proceso de detección. Si es posible, realizarse fuera de la sala de TEC.

- Preguntas de cribado clínico (fiebre, tos, sensación de falta de aire, odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas).
- Preguntar por contacto con casos COVID-19 en los últimos 14 días.
- Toma de constantes (temperatura).
- El paciente deberá llevar mascarilla quirúrgica.
- Valorar si el acompañante (con mascarilla quirúrgica) puede entrar en la sala de TEC, en el caso de que ésta disponga de sala de espera, según el grado de dependencia del paciente hacia el familiar o cuidador.
- PCR: El acceso a las pruebas para COVID-19 sigue siendo variable y limitado. Considerando el riesgo por “generación de aerosoles”, se recomienda realizarla, siguiendo los protocolos sobre procedimientos quirúrgicos e invasivos, tanto antes de iniciar la tanda aguda (y semanal en pacientes con 2-3 sesiones a la semana), como antes de la sesión de TEC de mantenimiento. Se recomienda realizar la PCR 24-48 horas antes del procedimiento, o según se estime en el protocolo de cada centro. En los pacientes ambulatorios, la PCR deberá realizarse en el lugar estimado en cada centro u hospital.
- Radiografía de tórax: en algunos centros se recomienda realizarla, junto con la PCR, antes de la primera sesión de TEC (tanto en tanda aguda como mantenimiento).

Situaciones clínicas tras el cribado:

- *Paciente sin sintomatología sugestiva y con PCR -.* Seguiría el protocolo para TEC.
- *Paciente sin sintomatología sugestiva y con PCR +.* Si la situación psicopatológica lo permite, se recomienda repetir la PCR en 14 días y si el resultado es negativo, valorar realizar la TEC, individualizando cada caso.
- *Paciente con sintomatología sugestiva y con PCR +.* Parece apropiado evitar la TEC en pacientes con COVID-19 positivo, a menos que exista un riesgo inminente para el paciente. Se debe realizar una valoración interdisciplinar de los riesgos y beneficios. En caso de realizarse debería considerarse realizarla en la zona COVID del hospital o donde se estipule en el protocolo de cada centro. En el caso de pacientes con

sintomatología sugestiva, pero con PCR - o sin PCR, se recomienda demorar la TEC y aconsejar al paciente que contacte con su Centro o área básica de Salud para aplicación del protocolo general de detección de casos.

- *Paciente en cuarentena.* Se recomienda evitar la TEC durante la cuarentena. Si en 14 días no desarrolla síntomas, no tiene nuevos contactos y tiene PCR -, puede seguir el protocolo para TEC.
- *Pacientes recuperados de COVID-19.* Hasta la fecha, no hay literatura que describa la aplicación de la TEC en pacientes con COVID-19 ni recuperados del COVID-19, por lo que se desconoce si existe mayor riesgo de complicaciones post-TEC en dichos pacientes. En pacientes recuperados de COVID-19, asegurar, si la situación psicopatológica lo permite, que el paciente se ha mantenido 14 días asintomático y que la PCR previa a la TEC sea negativa.

### **Procedimiento de la TEC**

Equipos de protección individual (EPI): Los profesionales en la sala de tratamiento con TEC y cerca del procedimiento de ventilación deberían usar las mismas medidas de protección individual que si el paciente fuera COVID-19 positivo, según lo prescrito por la Organización Mundial de la Salud y según disposición o protocolo de cada centro (máscaras FFP2/FFP3, con mascarilla quirúrgica diferente para cada tratamiento, protector ocular (gafas de protección integrales adherentes a la piel, máscara con pantalla), bata de manga larga resistente a fluidos o bata de ropa o fungible con delantal impermeable, doble gorro quirúrgico, polainas (dobles si ya se usan habitualmente), y doble guante). Tanto la colocación como la retirada de los EPI se realizarán según el protocolo de cada centro. Puede ser necesario entrenar al equipo en el uso y retirada de los EPI de forma segura. El EPI debe cambiarse entre cada paciente para garantizar su seguridad. En caso de limitaciones en la disponibilidad de material, el mínimo a cambiar entre cada paciente son los guantes exteriores y la bata.

El personal sanitario que atienda la recuperación post-TEC llevará también EPI adecuado.

### Procedimiento anestésico

- Manejo de la vía aérea: La ventilación manual es un procedimiento generador de aerosol que muestra un mayor riesgo de transmisión de COVID-19 a los profesionales sanitarios, por lo que es fundamental una correcta protección de los profesionales implicados. Se recomienda el manejo de la vía aérea según los protocolos de cada centro u hospital sobre el “Manejo de Procedimientos con Generación de Aerosoles”. El procedimiento habitual con ventilación con ambú sería posible con un correcto EPI. Aun así, algunos autores sugieren valorar la sustitución de la ventilación manual con mascarilla (ambú con filtro antibacteriano y antivírico habitual) por oxigenación previa antes de la inducción, usando una máscara de oxígeno simple (5 l/min). En algunos hospitales han planteado la intubación para todos los casos, pero no parecería recomendable de forma rutinaria (la intubación puede conllevar complicaciones (también la extubación), provocar náuseas y tos, aumentar la cantidad de equipos potencialmente contaminados en la habitación/sala y prolongar un procedimiento corto como el de la TEC); podría valorarse en pacientes COVID-19, revisando los riesgos/beneficios. Por otro lado, hiperventilar a los pacientes con mascarilla (técnica asociada a una mejor convulsión), puede conllevar riesgo, por lo que algunos autores recomiendan no hiperventilar y simplemente pre-oxigenar a los pacientes. En caso de que la convulsión no sea efectiva, se recomienda utilizar otras estrategias para mejorarla. Algunos autores sugieren cubrir la cara del paciente con un plástico impermeable para minimizar la generación de aerosoles (el plástico será de un solo uso y se desechará en el contenedor pertinente). Se colocará una mascarilla quirúrgica al paciente al finalizar el procedimiento.
- Uso de fármacos adyuvantes: algunos autores sugieren el uso de agentes anticolinérgicos antes de la inducción anestésica para disminuir la salivación.
- Limpieza según protocolos establecidos en cada centro y ventilación natural del área de tratamiento, si estructuralmente es posible, un mínimo de 15-30 minutos entre cada sesión. Todos los dispositivos y superficies de alto contacto deberían ser desinfectados con la solución que se considere en cada centro, después de cada tratamiento.



### Aplicación del estímulo

Minimizar la necesidad de re-estimulación y así, la duración del procedimiento de estimulación y el tiempo total de exposición, por lo que se recomienda:

- Considerar estrategias encaminadas a facilitar la obtención de la convulsión eficaz (Consenso SEPB), incluida la elección del tipo de agente anestésico, aunque con las consideraciones particulares ya señaladas en el apartado anterior sobre el manejo de la vía aérea.
- En el inicio de los tratamientos agudos (cálculo del umbral de convulsión; UC), considerar según los casos el balance riesgo/beneficio de la conveniencia del cálculo matemático vs titulación. Valorar individualmente la conveniencia de emplear TEC bilateral vs unilateral, según el balance riesgo/beneficio, y considerando la conveniencia de minimizar en lo posible tanto el número como la duración de las sesiones en cada paciente.
- En el caso de que se reinicie la TEC-M, valorar en función del tiempo transcurrido desde la última sesión de TEC, así como de los cambios de tratamientos y/u otras circunstancias que hayan podido variar el UC del paciente, la conveniencia de volver a calcular el UC o valorar la dosis de carga a suministrar, ya que muchos de los pacientes de TEC-M podrían haber estado recibiendo dosis altas en las sesiones previas a la interrupción de su tratamiento, dosis que en el momento del re-inicio del mismo podrían ser innecesariamente elevadas, con el consiguiente riesgo de incrementar iatrogénicamente el UC en el nuevo ciclo de tratamiento.

## **ÁREA DE LA TEC, PLANIFICACION Y PERSONAL**

### **Área de la TEC**

- La TEC, de forma habitual, se aplica en distintas salas según cada centro u hospital (sala de hospitalización, unidades específicas, unidad de reanimación postanestésica). Se recomienda utilizar las áreas de TEC a poder ser específicas y con el menor riesgo de contacto con COVID-19 +. Adecuación y limpieza de las zonas habituales de trabajo, especialmente si durante la pandemia se han utilizado con otros fines diferentes a las habituales.

- Sala de espera (paciente ambulatorio): máximo un acompañante por paciente, con mascarilla quirúrgica.
- Sala de aplicación: no existe consenso. Se recomienda que sea espaciosa y con posibilidad de ventilar, en la medida de lo posible. De forma general, se recomienda extremar las medidas de limpieza de la sala, de la máquina y de los electrodos en caso de no ser desechables (algunos autores sugieren realizarla tras cada paciente o tras la tanda en caso de agrupar a los pacientes en 2 o 3 grupos –en el segundo caso, se recomendaría respetar las medidas de distancia física entre pacientes, y minimizar el número de personas en la sala; ver el apartado sobre personal). Se recomienda esperar entre 15-30 minutos entre paciente y paciente (tras la manipulación de vía aérea o procedimientos que generen de aerosoles), con ventilación natural, si es posible, y desinfectando el entorno. Algunos autores recomiendan realizar la TEC, si se dispone de ella, en una sala con presión negativa para reducir el riesgo de contagio por partículas/aerosoles, sobre todo en caso de paciente COVID-19 +. En todo caso, en paciente COVID-19 +, deberá realizarse en la zona que estipule cada centro u hospital siguiendo el protocolo o plan de contingencia específico.
- Sala de recuperación: algunos autores sugieren habilitar salas de recuperación. Desinfección diaria de las zonas de trabajo (área de administración, área de recuperación, despachos, salas de espera).
- Si la estructura física lo permite, definir circuitos de entrada y salida del área de la sala o Unidad de TEC, de forma diferenciada.
- Si la estructura física lo permite, valorar instalar pantallas de protección en determinadas zonas de la sala o Unidad de TEC (separación camas de recuperación).
- Colocar puntos de higiene de manos en salas de espera y áreas de recuperación.

## Planificación

- Maximizar la comunicación entre los médicos responsables y psiquiatras prescriptores de la TEC con los psiquiatras aplicantes o con los referentes de las Unidades de TEC de cada área sanitaria donde las hubiere, especialmente para los tratamientos ambulatorios (ya sean agudos o de mantenimiento) a efectos de facilitar la adecuada aplicación de las recomendaciones de este documento en cada organización sanitaria.
- Las medidas de distanciamiento físico y de limpieza pueden conllevar una reducción del número de pacientes por día o conllevar cambios en los horarios de aplicación del tratamiento. Revisar los criterios de derivación para TEC y priorizar los casos más adecuados.
- Valorar la utilización de dos sesiones semanales en lugar de tres en las tandas de TEC aguda sin riesgo vital.
- Espaciar dentro de lo posible las sesiones de TEC-M; realizar seguimiento telefónico o a través de videoconsulta.
- Programación y citación realista de los pacientes, dado el incremento en el tiempo del procedimiento (es más importante precisión que rapidez): evitar esperas prolongadas o la acumulación de pacientes en salas de espera, aplicando medidas de distanciamiento y uso de mascarillas (tanto en sala de espera como en área de tratamiento).
- Planificar la llegada y recogida de los pacientes (familiares y ambulancias).
- Distribución de los pacientes: valorar agrupar a los pacientes según si están ingresados o si son ambulatorios, con una especial limpieza del área de tratamiento al pasar de un grupo a otro. Igualmente disponer de un grupo si son derivados de otro centro para TEC.
- En el caso de realizar TEC en un paciente con PCR positiva o con clínica sugestiva de COVID-19 y de que ésta se realice en la misma sala de TEC por no disponer de zonas COVID, debería hacerse al final del programa para evitar la contaminación de la sala de tratamiento y permitir una limpieza rigurosa posterior.

## **Personal**

- El número de miembros del equipo presentes en la sala de tratamiento para la atención del paciente debe reducirse al mínimo imprescindible (anestesia, enfermería, psiquiatría). Solo los miembros esenciales del equipo deben estar presentes.
- Minimizar el riesgo de contacto en los pacientes de las salas o Unidades o de TEC.
- Intentar respetar distancias > 2 m entre pacientes y personal o entre el personal sanitario fuera de los momentos de intervención asistencial.
- Minimizar el número de profesionales en contacto con los pacientes en las salas o Unidades de TEC:
  - Valorar mantener los mismos profesionales durante 1-2 semanas (anestesia, enfermería, psiquiatría). Elaborar una lista de sustitutos por si alguien enferma o se ausenta.
  - Valorar la realización de evaluaciones telemáticas (seguimiento telefónico o a través de videoconsulta) para control de los pacientes ambulatorios.

## **REFLEXIONES PARA FUTURAS PANDEMIAS**

Elaborar protocolos y planes de contingencia que permitan poder cubrir las necesidades críticas de salud mental, protegiendo a los profesionales y a los pacientes, en situaciones de futuras pandemias.

Concienciar a las Direcciones/Gerencias de los hospitales, Consejerías y Ministerio de Sanidad que la TEC es un tratamiento esencial.

En caso de no poder garantizar el acceso a la TEC en todos los centros, valorar centralizar la atención y continuar los tratamientos de TEC en un número limitado de centros. Este hecho podría suponer un inconveniente para los pacientes, pero limitaría la cantidad de personal y de recursos necesarios y permitiría garantizar un acceso continuo al tratamiento a todos los pacientes que así lo requieran.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Colbert SA, McCarron S, Ryan G, et al. Images in Clinical ECT: Immediate impact of COVID-19 on ECT Practice. J ECT. 2020 Mar 31. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000688>
2. Espinoza RT, Kellner CH, McCall WV. ECT during COVID-19: An Essential Medical Procedure – Maintaining Service Viability and Accessibility. J ECT. 2020 Apr 9. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000689>
3. Flexman AM, Abcejo A, Avitisian R, et al. Neuroanesthesia Practice during the COVID-19 Pandemic: Recommendations from Society for Neuroscience in Anesthesiology & Critical Care (SNACC). J Neurosurg Anesthesiol. 2020 Apr 15. <https://doi.org/10.1097/ANA.0000000000000691>
4. International Society for ECT and Neurostimulation (ISEN). COVID-19 and ECT. <https://www.isen-ect.org/sites/default/files/ISEN.COVID19.letter.pdf>
5. Sienaert P, Lambrichts S, Popleu L, et al. Electroconvulsive Therapy During COVID-19-Times: Our Patients Cannot Wait. Am J Geriatr Psychiatry. 2020 Apr 22:S1064-7481(20)30297-9. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.013>
6. Tor PC, Phu AHH, Koh DSH, et al. ECT in a Time of Covid-19 J ECT. 2020 Mar 31. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000690>
7. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento. 6 de mayo de 2020. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)
8. World Health Organization P: Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. 2020. Date last updated: 25 January, 2020. Date last accessed: 8 April, 2020. [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
9. Bernardo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M, et al. Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. Madrid, 2018. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

<http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/SEP B%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf>

10. Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignifying Electroconvulsive Therapy Based on Evidence. *Rev Psiquiatr Salud Ment* Apr-Jun 2015;8(2):51-4. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.01.002.
11. Esteve I. Protocol de desescalada del Servei d'Anestesiologia en sedació per a realització de Teràpia Electroconvulsiva. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. Actualitzat a 5 de Maig de 2020.
12. Gil J, Valero R, Valentí M. Protocol de funcionament del programa de Teràpia Electroconvulsiva (TEC) durant la pandèmia per COVID-19. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Actualitzat a 23 d'Abril de 2020.
13. Cook TM, El-Boghdady K, McGuire B, McNarry AF, Patel A, Higgs A. Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19: Guidelines from the Difficult Airway Society, the Association of Anaesthetists the Intensive Care Society, the Faculty of Intensive Care Medicine and the Royal College of Anaesthetists. *Anaesthesia*. 2020. <https://doi.org/10.1111/anae.15054>
14. Fernández-Candil J, Castelltort Mascó L, Fàbregas Julià N, et al. Anaesthesia in Electroconvulsive Therapy. *Special Conditions. Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020 Jan-Mar;13(1):36-46. doi: 10.1016/j.rpsm.2018.05.002.
15. Societat Catalana de Dolor. Recomanacions de la SCD per al reinici de l'activitat a les Unitats de Dolor durant el desconfinament de l'estat d'alarma. 20 d'Abril de 2020. <https://www.academia.cat/files/204-8206-FITXER/RECOMANACIONSENCATALA.pdf>
16. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR). Recomendaciones para el manejo de la vía aérea en pacientes infectados por coronavirus. 2020. Available from: [https://sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA\\_COVID-19/Via%20Aerea/ICNG\\_SEDAR\\_Manejo-v%C3%ADa-a%C3%A9rea-paciente-con-coronavirus.pdf](https://sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA_COVID-19/Via%20Aerea/ICNG_SEDAR_Manejo-v%C3%ADa-a%C3%A9rea-paciente-con-coronavirus.pdf)

17. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D, Chen L, Wang M. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA*. 2020 323(14), 1406-1407. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>
18. Nishiura H, Kobayashi T, Suzuki A, Jung S, Hayash, K, Kinoshita R, Yang Y, Yuan B, Akhmetzhanov AR, Linton NM, Miyama T. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *Int. J. Infect. Dis.* 2020 94, 54-155. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>
19. Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *Lancet Infect Dis.* 2020 20(5), e102-e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)