Evaluación del Uso de Drogas en el Paciente Psiquiátrico Agudo

por

Dr. Gonzalo González Murillo * Dr. Gonzalo Arias Delgado **

En este trabajo se lleva a cabo la evaluación del uso de determinadas drogas en 117 pacientes psicóticos que ingresaron en el período febrero-agosto del presente año a uno de los servicios de Hombres del Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapul.

No se intentó seguir un determinado método o procedimiento sino, que se acudió a la droga que se tuvo a disposición. En nuestro Hospital, igual que ha de suceder en muchos otros de la América Latina, no siempre se encuentra a mano la medicación que se deseara y con frecuencia sucede que la que se tiene se agota, siendo necesario sustituirla por otra. Nuestros recursos económicos no nos permiten iniciar tratamientos con medicaciones de alto costo o aplicando la gran variedad de las mismas que son lanzadas al mercado. Ante tal hecho, no nos queda otro curso que acudir al básico y lógico principio de llegar a obtener para la Institución en mayor cantidad, aquellas drogas que dan un buen margen de seguridad terapéutica y son de un más bajo valor adquisitivo. A esta circunstancia se debe que en nuestra Institución de Clorpromacina y la Reserpina han sido medicaciones de uso habitual básico, aunque debido a la gentileza de algunas casas productoras, hemos dispuesto de otras *drogas valiosas en regular cantidad. Sin considerar un factor afectivo o individual de apreciación, sigue siendo un problema digno de tomarse en cuenta la calidad del medicamento a aplicar, ya que con alguna frecuencia nos encontramos que el mismo producto químico no actúa de igual manera o con la misma eficacia, según sea la casa productora, explicándose el hecho por defecto de manufactura. Tal acontecimiento lo hemos observado tanto con el difenil-hidantoinato sódico como con la Reserpina y la Clorpromacina.*

En relación a los procedimientos a escoger para llevar a cabo una eficiente terapéutica en pacientes mentales, sigue reinando

* Profesor de Psiquiatría de la Escuela de Medicina, Universidad de Costa y Director del Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapul.

** Jefe del Servicio del Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapul.

la variedad, y a veces la confusión, debido al concepto personal que tiene el terapeuta sobre la génesis ya organista-bioquímica, ya psicodinámica de los procesos mentales. Lo único importante es que por diversos caminos se ha llegado con frecuencia al éxito, igual que ha sucedido en la investigación neurofisiológica que ha llegado a comprobar muchos de los hallazgos de la escuela psicoanalítica la cual a través de una investigación clínica cuidadosa, descubrió e interpretó diversos mecanismos psicodinámicos que intervienen en la producción de la enfermedad.

Siguiendo la línea de una terapéutica somática, no indicando con ello una tendencia partidista que sería inoportuna e inexacta, hemos de creer que aún en ciertos casos u ocasiones se ha de acudir a los tratamientos electroconvulsivos o insulínicos. Hubo un momento que se pensó abandonar en nuestro Hospital el clásico procedimiento de Sakel, pero lo reanudamos por creerlo aún de extraordinaria utilidad en determinados casos, principalmente cuando otros procedimientos no han sido efectivos o en las reacciones esquizofrénicas que emergen en personas jóvenes. En cuanto a la terapéutica electroconvulsiva, aunque ha bajado su aplicación en un alto porcentaje no podemos decir, ni mucho menos asegurar, su *sustitución total* ya que en nuestra experiencia aún sigue siendo de utilidad en variados casos y más en nuestra clase de Instituciones en las cuales no se dispone de todo lo necesario para llevar a cabo otra clase de *tratamientos que requieren un mayor costo, tal como equipo, local, personal y drogas de alto valor adquisitivo.*

Sigue y seguirá siendo por tiempo indefinido un serio problema saber con exactitud cual es el medicamento de elección en determinado caso, interviniendo muy diversos factores en la misma, hasta la íntima simpatía que tiene el terapeuta por una u otra droga o por el concepto, como se expresó anteriormente, que tenga sobre los mecanismos o causas que intervienen en la producción de la enfermedad mental. *Las mismas estadísticas resultan contradictorias en la evaluación terapéutica de drogas psicotrópicas o narcobióticas, y a veces la disparidad es tan notoria que asombra o desilusiona.* Liberman cita que en un Hospital un *psiquiatra reportó un 77% de curaciones con drogas psicotrópicas* y otro en la misma institución sólo un 10%. El psiquiatra que reportó esta cifra tenía el concepto que el uso de drogas de este tipo es contrario a la concepción psicodinámica de los procesos mentales. Pareciera justo pensar que en los resultados intervienen las características y conceptos previos que tiene el investigador, además de la exactitud, cuidado y control empleados en la investigación.

En nuestro trabajo nos hemos limitado a la objetividad de las cifras obtenidas en la revisión de documentos clínicos que tienen virtudes y además los defectos propios a los cuales conducen la carencia de medios económicos para investigación, de personal y equipo, factores imprescindibles para la obtención de datos más exactos. Pero sería poco constructivo que por este hecho no se llevaran a cabo trabajos que hagan patente lo que se hace en la Institución. Al efectuarlos se obtiene una gran enseñanza porque nos pone en contacto con nuestros propios defectos, con la insuficiencia de las notas clínicas, con el error diagnóstico, con el poco interés demostrado en la obtención de datos valiosos, con la negligencia de no haber ahondado más en la investigación o evaluación de síntomas, con el poco interés demostrado al no dar una orientación debida al paciente y familiares al egreso del mismo y con el desinterés de no haber ordenado el tratamiento debido fuera del Hospital. Todos hemos de conocer la valiosa enseñanza que se obtiene al observar nuestros errores cuando se llevan a cabo trabajos de investigación. Es una verdadera inquietud y zozobra la que se siente ante errores e insuficiencias que pudimos haber evitado. Si no se intenta llevar a cabo una labor de esta naturaleza, se convierte el trabajo en el Hospital en una desagradable y estancada rutina que necesariamente se ha de desterrar de las Instituciones hospitalarias. La labor de investigación que se lleva a cabo no se ha de considerar como superficial, ineficaz o ligera si de antemano somos sinceros y explicamos el medio en que se lleva a cabo, si no se inventan números o porcentajes, ni se pretende llegar a conclusiones que han de confundir o equivocar a otros que no gozan de la experiencia necesaria. Es nuestra convicción que para el paciente sigue siendo primordial demostrarle afecto, darle calor humano y apoyo, atenderlo demostrándole que nos interesamos por él, por los problemas que lo afligen, que no vamos de prisa ni hacemos uso de la comodidad que significa recetar sólo una droga o un electro-choque, ya que si así actuamos no estamos autorizados para opinar seriamente sobre ningún procedimiento terapéutico en psiquiatría, a no ser sobre aquel muy común por el cual el paciente se recupera a pesar de no haberse hecho nada. Para nosotros continúa siendo aterrador la paradójica soledad en que están y viven los pacientes a pesar de estar sobrepoblados nuestros hospitales, no hay el personal suficiente para un mejor contacto con cada uno de ellos. De ahí que sea frecuente oír frases que caen muy hondo en nuestro espíritu: ¿por qué no me atienden? "sólo me han recetado una medicina o un electrochoque y apenas me han visto", "hace muchos días que no veo a mi doctor", "anoche me sentí muy mal y nadie me hizo caso", "deseo contar mis cosas y no sé a quién

decirlas", etc., etc. Por eso creemos que en nuestro mundo actual con raras excepciones por supuesto, ya suenan como un estribillo monótono las expresiones que leemos y oímos por doquier: "se ha de ver al paciente como persona y no como objeto", "ante él son necesarios la comprensión y el amor", "todo lo que hemos de hacer e intentar es procurar primero el bien del paciente", etc., y con frecuencia quien las expresa le importa más llenar una necesidad biológica y oír aplausos.

Nuestro estudio cubre un período de 7 meses de pacientes que ingresaron al Servicio de Hombres M-Z del Hospital Psiquiátrico. En él sólo constan los 117 pacientes que egresaron y no los que se trasladaron al servicio de enfermos de tratamiento continuo, cuyo número no pasó de doce:

Los medicamentos y la combinación de drogas empleadas fueron:

	Casos		Casos
Clorpromacina	30	Promacina-reserpina	7
Clorpromacina-Meprobamato	3	Promacina-Meprobamato	2
Clorpromacina-Stelazine	1	Trifluoperacina (Stelazine)	14
Clorpromacina-Reserpina	3	Imipramina Hy. (tofranil)	3
Clorpromacina-Tofranil	4	Trifluoproamacina (siquil)	9
Clorpromacina-Niamid	1	Fluofenacina (anatensol)	3
Promacina (liranol)	29	Amitriptiline Hyd. (trypanol)	2
Promacina-Tofranil	2	Epamín-luminal	3

Como drogas auxiliares se usaron con frecuencia por creerlo útil: el luminal, insulina en pequeñas dosis, cardiotónicos, vitaminas y sueros. En los siguientes cuadros aparecen: el número de la historia clínica con la inicial del apellido, la edad del paciente, el diagnóstico, la condición de salida (remitido, mejorado, sin mejoría), los días de estancia (en algunas cifras se agregan los días de anteriores estancias), las dosis diarias de modificación, las complicaciones y las drogas auxiliares usadas.

CLOPRROMACINA

N° Historia	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	M	SM				
21438 M. P. R.	20	173	x			17	400	no	no
21410 S. M. B.	47	173	x			18	300	no	Luminal 0.10
21402 S. R. E.	25	161	x			13	300	no	no
21429 V. O.	24	181	x			26	400	no	no
21450 R. S. O.	20	184	x			20	400	no	no
21412 R. R. C.	20	21		x		23	200	no	no
19270 T. R.	35	181	x			20	400	Pirosis malestar general	no
21454 J. U. A.	29	102	x			30	150	no	Epamin 0.3 Luminal 0.10
21516 R. M.	59	054	x			13	150	no	Luminal, vitam. dicta
21458 J. G. G.	34	103/184	x			42	400	apatia	Epamin 0.3 Luminal 0.10
29511 I. S. N.	33	154		x		13	300	Somnolencia	no
R. P. V.	52	173		x		28 a 15	250	no	Luminal 0.10 Insul. apetit
21538 A. S.	27	173	x			28	400	no	Luminal 0.10
21480 H. M.	16	102	x			57	400	no	Epamin 0.3 Luminal 0.10
18243 F. M.	26	181		x		66 a 18	400	no	no
21546 F. U. G.	26	102		x		30	300	no	Epamin 0.3 Luminal 0.10
21541 E. R. H.	47	184	x			40	600	no	no
6676 I. R. B.	29	184	x			33	500	no	Luminal 0.10
21597 A. M.	36	184	x			24	400	no	no
21617 V. R.	36	054	x			18	400	no	Suero - dicta
21594 G. S.	30	184		x		28	400	no	no
H. R. L.	27	173		x		28	400	no	no
21658 A. M.	28	173		x		17 a 17	600	no	no
C. B.	28	164				13	250	no	Luminal 0.10
C. R.	30	173	x			14	400	no	no
21582 J. E. V.	24	184		x		34 a 60	400	Somnolencia	no
21660 H. S.	50	165	x			7	100	Somnolencia	Suero - vitaminas
21146 J. P.	28	Alcohol	x			8 a 4	200	no	Suero - vitaminas
8317 H. R.	22	173		x		14	500	no	no
21685 J. Z.	54	184		x		37 a 22	400	no	no

CLOPRMACINA MEPROBAMATO

Nº Historia	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis		Complicación	Drogas Auxiliares
			R	M	SM		c.	m.		
21532 J. M. B.	25	103	x			12	200	1200	no	no
21561 F. S	26	054	x			23	300	1200	no	no
7492 E. V.	35	21		x		17 a 30	300	600	no	no

CLOPRMACINA STELAZINE

Nº Historia	Edad	Diagnóstico	R	M	SM	Días	c.	s.	Complicación	Drogas Auxiliares
18422 A. M.	34	173	x			32 a 81	500	10	no	no

CLOPRMACINA RESERPINA

Nº Historia	Edad	Diagnóstico	R	M	SM	Días	c.	r.	Complicación	Drogas Auxiliares
20805 J. S. H.	52	ansiedad 162		x		20	450	3	no	no
21410 S. M. B.	47	184	x			32	200	3	no	Luminal 0.10
21192 R. V.	51	173	x			32 a 21	400	3	no	no

CLOPRMACINA TOFRANIL

Nº Historia	Edad	Diagnóstico	R	M	SM	Días	c.	t.	Complicación	Drogas Auxiliares
2063 R. V. L.	59	171	x			37	250	200	no	Luminal-Cardiazol
R. S.	48	171		x		29	400	150	mareos boca seca	no
21563 A. S.	23	164	x			33	400	75	no	no
21534 E. S.	23	184 con def. mental	x			59	400	150	no	no
									no	no

CLOPRMACINA NIAMID

Nº Historia	Edad	Diagnóstico	R	M	SM	Días	c.	n.	Complicación	Drogas Auxiliares
21762 S. M.	34	171	x			17	250	75	no	no

PROMACINA

N° Historia	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	M	SM				
21005 Q. S.	34	184	x			15	600	no	
21574 M. V. S.	23	Ps. Alc.		x		10	350	no	
21428 F. M.	27	184		x		77	400	no	Se dieron 1°: Fluopromacina 150 y Reserpina 5 mg. mejor y efectiva a dosis medianas
20159 J. P.	20	184	x			105 a 28	300 800		
8687 G. S.	30	181		x		22 a 18	600	Luminal	intolerancia para dosis mayores
21587 F. R.	70	Ps. Alc.	x			10	450	no	Vitaminas y sueros
21590 J. Z.	26	Alcohol	x			10	125		
8686 G. Z.	41	054	x			13 a 11	250	no	Luminal 0.10
21536 C. P.	30	21	x			33	300	no	Luminal 0.10
4462 I. V.	58	173		x		20 a 23	600	no	
21541 E. R.	29	184		x		32 a 54	400	no	Luminal 0.10
E. R. H.	47	181	x			43	600	no	
M. P.	40	232	x			3	300	no	Vitaminas y sueros
		alcohol							
21685 J. Z.	54	184		x		17	300	no	Vitaminas y sueros
21665 R. A. M.	20	181		x		30	400	no	no
21722 F. M.	14	161 His.	x			10	150	no	no
21623 J. O. B.	41	alcohol	x			23	250	no	Vitaminas y sueros
8328 M. N.	38	171	x			26	400	no	no
21765 L. M. B.	38	054	x			10	150	no	Vitaminas y sueros
21776 R. A. C.	69	154 Park	x			18	150	no	Artane - Luminal
21756 J. N.	18	21		x		20	250	no	
21665 A. M.	16	21		x		27	250	no	
17143 M. N. C.	26	21		x		7 a 185	150	no	
21804 D. R. V.	23	181		x		14	600		Luminal - benadryl
21797 H. O. D.	25	Ps. Post. Tr	x			38	400		Luminal
8010 J. Q. L.	29	21 cancal	x			10 a 18	400		Luminal
8400 J. J. Z.	39	Alcohol	x			5	300		Luminal
18216 L. G.	58	Alcohol	x			13	300		Luminal suero, vit.
M. M.	31	181	x			21	300		

PROMACINA TOFRANIL

Nº Historia	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	M	SM				
17362 L. E. F. M.	46	171	x			18 a 47	Ins. EKS	Pr. 100 Tof.150	Luminal 0.10 Vitaminas, sueros
21817 M. R.	46	054	x			8		Pr. 200 T. 100	

PROMAZINA RESERPINA

17565 L. A. R.	21	173	x			20	P.600 R 3 mg.		Luminal
21491 L. M. R.	43	173	x			47	600-5mg.		
I. R.	29	184		x		54	300-6mg.	no	
16945 I. V.	52	173	x			26	400-3mg.		
21520 J. M. M.	18	Ps. en Psicópata		x		71	600-3mg.		
21804 R. R.	48	054	x			4	600-3mg.		Vit. sueros
17481 S. V.	42	184				17 a 59	600-2mg.		

PROMAZINA MEPROMAMATO

5565 H. M.	40	Alcohol	x			4	P. M. 150 1200		Vitaminas - sueros
I. M. R.	40	Alcohol	x			4	150 1200		Vitaminas - sueros

STELAZINE

21447 A. N. A.	27	Hister. 161		x		10	10 mg.	no	
21452 C. O. C.	27	161		x		13	5 mg		
8264 A. S.	38	184		x		30	10 mg	no	no
21319 M. A. R.	34	184	x			96	10 mg.		Clorpromazina más Reserpina no actuaron
21008 E. Q.	38	184	x			45	15 mg.	no	
V. O. C.	24	184		x		30	15 mg.	no	
O. P. M.	25	184			x	43	15 mg.	no la toleró síndrome extrapiramidal	
19909 R. M.	19	181	x			45 a 125	10 Eks Insulina		Promac. Reserpina
19847 R. V. A.	32	173	x			73	5 mg.	no	

STELAZINE

N° Historia	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	M	SM				
17975 E. R.	24	181			x	67	10 mg.		
N. A.	49	184	x			56	15 mg.		
J. R.	39	184		x		29	15 mg.		
21746 P. M.	54	173	x			31	10 mg.	no Reserpina. Larg. Pro. Mepr.	
20919 H. C. B.	20	181		x		30	6 mg.	Síndrome Extr.	

TOPRANIL

19270 R. R.	35	181		x		20	150 mgs.		Remitió con Largactil
21357 N. V.	19	171	x			63	150 mgs.		
21428 F. M.	27	184			x	77	150 mgs.		

SIQUIL

21516 R. M.	37	Ps. Alc. tonalidad M. D.	x			9	100 mgs.		
21520 J. M. M.	18	Ps. en perf. psic.	x			71	150 mgs.	Síndrome Extrapir.	no remitió con Liranol 600 R. 3 mgs.
5403 J. M. P.	65	184	x			31	150 mgs.		
21049 B. S.	22	181			x	48	150 mgs.	Sind. Extrap.	
21381 J. V.	30	184	x			29	150 mgs.		
21716 A. S.	23	181			x	46	150 mgs.	Se suspendió Sind. Extrap.	
21643 T. N. Z.	22	173		x		36	150	Somnol Acant.	
21859 S. R. M.	28	181	x			14	150		
6822 R. R. L.	30	181	x			18 a 24	150		

FLUOPHENAZINE

N° Historia	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	M	SM				
20469 Z. M.	22	21	x			12	3		
21643 T. N.	22				x	4	3		
21805 A. V. R.	32	181		x		12	3	Espasmo de torsión	

LUMINAL

17003 R. M.	45	054	x			8	30 mg.		Vitaminas , Sucros
-------------	----	-----	---	--	--	---	--------	--	--------------------

EPAMIN LUMINAL

20366 M. A. U.	19	102	x			5	0.3 0.3		
21671 M. J. R. S.	48	102	x			13	0.3 0.3		
18396	26	102	x			8	0.3 0.3		

TRIPTANOL

21637 J. G. R.	16	181	x			43	75 mg.		Eficaz para alucinac.
21627 J. A. T.	34	181		x		48	75 mg.		Penicilina Aluc. audit.

PROMEDIO GLOBAL

Nº Casos	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis mgs. día	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	MM	SMM				
CLORPROMACINA									
30	32		18	12	0	25	360	Apat. somnol.	Luminal, diet, Vit.
CLORPROMACINA - MEPROBANATO									
3	28		2	1	0	17	c. mm. 266 800	Ninguna	Ninguna
CLORPROMACINA STELAZINE									
1	34	Ps. M. D.	1	0	0	32	c. s. 500 16	Ninguna	Ninguna
CLORPROMACINA RESERPINA									
3	50		2	1	0	28	c. r. 350 — 3	Ninguna	Luminal
CLORPROMACINA TOFRANIL									
4	38		3	1	0	39	c. t. 360 145	Marcos	Ninguna
CLORPROMACINA NIAMID									
1	34		1	0	0	17	c. n. 250 75	Ninguna	Ninguna

PROMEDIO GLOBAL

N° Casos	Edad	Diagnóstico	Salida			Días	Dosis mgs. día	Complicación	Drogas Auxiliares
			R	MAI	SAM				
PROMACINA									
29	35		18	11	0	24	363 mgs.	Ninguna	Luminal sucros vit.
PROMACINA TOFRANIL									
2	46		2	0	0	13	p. 150 t. 125	Ninguna	Ninguna
PROMACINA RESERPINA									
7	36		5	2	0	36	p. 530 r. 4	Ninguna	luminal
PROMACINA MEPROBATO									
2	40	Alcohol	2	0	0	4	p. 150 m. 1200	Ninguna	Vit. Sucros
STELAZINE									
14	32		6	6	2	43	11 2: Sínd. Extp		Ninguna
TOFRANIL									
3	27		1	2	0	53	150 mgs.	Ninguna	Ninguna

PROMEDIO GLOBAL

Nº Casos	Edad	Diagnóstico	R	Salida		Días	Dosis mgs. día	Complicación	Drogas Auxiliares
				MM	SMM				
TRIFLUOPROMACINA (siquil)									
9	35		6	1	2	34	145 mgs	3. Sind. Extp.	Ninguna
FLUPHENACINA (anatenzol)									
3	25		1	1	0	9	3 mgs.	Ninguna	Ninguna
L U M I N A L									
1	45	Al. Alc.	1	0	0	8	300 mgs.	Ninguna	Ninguna Vitaminas - Sueros
EPAMIN LUMINAL									
3	31	Ps. ep.	3	0	0	8	300 300	Ninguna	Ninguna
AMITRIPTILINE (tryptanol)									
2	25	Esq. S.	1	1	0	45	75 mgs.	Ninguna	Ninguna

C O N C L U S I O N E S

El presente estudio, no completo en ciertos aspectos, pone de manifiesto como tantos otros llevados a cabo en los últimos tiempos, la utilidad de las drogas neurolépticas en el tratamiento de los padecimientos mentales.

Las complicaciones habidas por la administración de los medicamentos que fueron objeto de nuestro estudio se centralizaron en el sistema extrapiramidal, siendo la trifluoperacina y la triluopromacina las más activas en este aspecto, aunque es necesario considerar su efectivo valor terapéutico. Los cinco casos observados de patología extrapiramidal fueron debidos a estas drogas no observándose otras complicaciones de importancia.

En relación al tiempo de estancia se consiguió un promedio de 25 días en el curso de los cuales se lograron 73 remisiones, 39 mejorías y 5 fracasos. No cabe la menor duda que al continuar en consulta externa estos pacientes los resultados deben mantenerse o solo variar ligeramente. Si no fuese así es de esperar una mayor variación ya que no podríamos sentar conclusiones en estancias de corto plazo sin control posterior. En nuestros Hospitales superpoblados llevamos a cabo los egresos en el menor tiempo posible. De ahí que el control extra hospitalario y la consulta externa son factores fundamentales que han de complementar esta actitud, ya que si no fuere así es de predecir que los períodos cortos de estancia no han de redundar en beneficio del paciente mental.

¿Qué hacer ante la situación precaria de nuestras instituciones hospitalarias?