
Tratamiento farmacológico en el hospital de día psiquiátrico

E. Alvarez

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

La terapéutica neuroléptica prolongada

Un término muy usado últimamente, tan inexacto psicopatológicamente como útil desde un punto de vista operativo, conceptúa como «nuevos crónicos» a los pacientes esquizofrénicos, a los que el tratamiento neuroléptico correcto durante la fase aguda produce una remisión considerable e incluso total de los síntomas secundarios (delirio, alucinaciones) y una relativa y variable persistencia de los primarios que se manifiestan como afectividad aplanada, dificultad de interacción social, anhedonia y falta de interés en general. Ello constituye un porcentaje importante de los pacientes que inician un proceso esquizofrénico y es producto a lo largo de los años de cómo influye el tratamiento neuroléptico sobre la patoplastia de la enfermedad. Así, de un lado quedan los pacientes que efectúan una remisión completa o suficiente de los síntomas y pueden reintegrarse con plena autonomía a su actividad sociolaboral-familiar, por otra parte aquellos que sufren irremediablemente un deterioro intelectual importante difícilmente adaptables a medios distintos a los manicomiales o paramanicomiales y finalmente aquellos pacientes que resultan sin síntomas productivos (delirios y alucinaciones) pero con las características antes mencionadas, es decir, con un deterioro parcial de su autonomía personal. Estos últimos constituyen el grueso de población que puede beneficiarse de un centro de día cuyos objetivos y actividades generales se discuten en el capítulo anterior.

Centrándonos en el papel que desempeña o debería desempeñar el psicofármaco en un hospital de día, es evidente que dichas consideraciones equivalen a plantear que si el paciente subsidiario de beneficiarse de un dispositivo así resulta de la mejoría parcial ya explicada, inducida por los fármacos neurolépticos, la necesidad de continuar un tratamiento de este tipo

dependerá de lo que el mantenimiento de estos fármacos pueda hacer para evitar una nueva recaída (nueva aparición brusca de síntomas productivos y/o agravamiento de los primarios).

Ello se ha valorado en diversos ensayos de los denominados de *interrupción de tratamiento*, en los que siguiendo una metodología doble ciego, la evolución de dos grupos de pacientes elegidos aleatoriamente son valorados después del brote agudo de la enfermedad, unos tomando neurolépticos y otros placebo.

Los resultados son variables y van desde ninguna recaída en el grupo tratado con neurolépticos frente a un 100 % en el de placebo a resultados más equilibrados de un 20 a un 40 % de resultados superiores a favor del fármaco activo. En una amplia y excelente revisión de este tipo de ensayos, Davis concluye que la superioridad de mantener un tratamiento correcto frente a no hacerlo es inequívoca, y que actualmente nadie puede mantener criterios objetivos contra la conveniencia de un tratamiento con neurolépticos más o menos continuado.

Existen una serie de características en este tipo de pacientes que dificultan la valoración de la terapéutica neuroléptica a largo plazo, una de ellas es la demostrada falta de *cumplimiento* a las indicaciones médicas (por ello los ensayos controlados son siempre en régimen de ingreso), según Klein entre el 32 y el 63 % de los pacientes esquizofrénicos no toman la dosis prescrita. Otro aspecto que dificulta la valoración es el concepto de *rigidez adaptativa* (Linn). Este, hace referencia a la dificultad de este tipo de pacientes para adaptarse a pequeños cambios que se produzcan en su vida, sea cual fuere su naturaleza, produciéndose recaídas de mayor o menor importancia aparentemente independientes del tratamiento, y que con frecuencia remiten sin intervenir de forma especial. Otro aspecto que puede aparentar recaída es el *rebote colinérgico* después de una supresión brus-

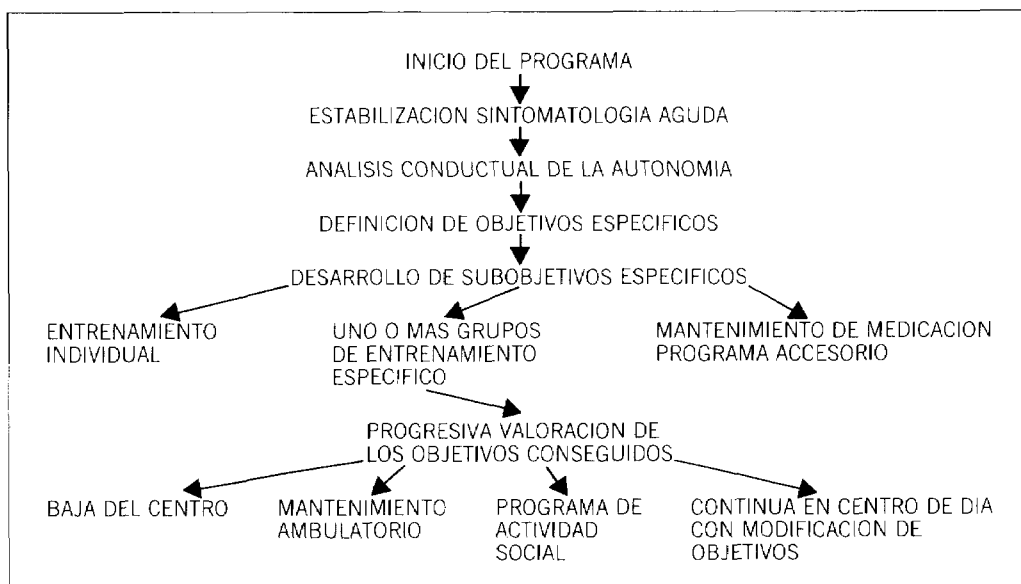


Figura 1.

ca del fármaco: sudores, disnea, vómitos e intranquilidad (Gardos, Brooks).

Todo ello si bien dificulta la valoración en ensayos controlados, es evidente que coloca la simple impresión clínica en un lugar de dudosa utilidad y señala la conveniencia de que en general los pacientes esquizofrénicos de las características que nos ocupan, tomen con cierta regularidad neurolépticos después de un brote agudo.

Los factores orientativos que aconsejan una postura neuroléptica prolongada después de un primer brote son: inicio de la enfermedad antes de los 15 años, necesidad de altas dosis para mejorar el episodio agudo, tipo clínico (inicio insidioso y predominio de síntomas primarios) y mal ajuste premórbido, social, escolar y familiar (todos ellos factores de mal pronóstico).

Ubicación del tratamiento farmacológico en el centro de día

En la figura 1 se muestra la situación del tratamiento farmacológico dentro del contexto general de las actividades del centro de día, junto con los programas de entrenamiento específico por grupos y los individuales. El esquema muestra las actividades del centro de día de Los Angeles, de la universidad del Sur de California

(Falloon y Talbot). En él, se desarrolla una serie de programas accesorios con objeto de asegurar el cumplimiento y la progresiva responsabilidad del paciente con su tratamiento, además de una cuidadosa monitorización de los fármacos para los pacientes que requieren tratamiento continuado o de curas cortas. Este programa accesorio incluye:

- Presentación clara y racional de la necesidad del fármaco, haciendo hincapié en la importancia que tiene para desarrollar el resto de actividades.
- Discusión sobre los efectos indeseables: cuáles son, qué importancia tienen, cuándo y cómo se deben tratar.
- Desarrollo de indicadores ambientales para la ingesta puntual de las tabletas.

Además se efectúan seminarios en los que se explica a los pacientes, las enfermedades mentales más frecuentes, su diagnóstico, causas, curso y manejo.

Fármacos

Tradicionalmente en las poscuras se usan fármacos neurolépticos de tipo sedativo como la tioridazina (200-600 mg/d) o bien neurolépticos de acción prolongada como el decanoato de flu-

fenazina (50-150 mg/28 d) y el palmitato de pipotiazina (100-300 mg/28d). Los primeros, porque existe la opinión de que son bien tolerados y no inducen efectos tóxicos a largo plazo como la discinesia tardía; estos criterios son muy discutibles.

Los neurolépticos no incisivos poseen una intensa actividad bloqueadora adrenérgica lo que supone un efecto sedativo que puede dificultar el desarrollo de las actividades en el centro de día, además de tener una baja potencia antipsicótica y mantener el riesgo de discinesia tardía. Los fármacos de acción retardada mencionados anteriormente son útiles para asegurar el tratamiento en pacientes que olvidan con frecuencia alguna dosis al día, los dos preparados poseen una demostrada actividad antipsicótica y una tolerancia aceptable, por contra, su actividad se mantiene irremediamente durante más de tres semanas, por lo que sólo deben usarse en pacientes de demostrada falta de hipersensibilidad a las fenotiazinas y sin sospecha de cardiopatía o insuficiencia renal o hepática.

En pacientes en los cuales puede garantizarse un cumplimiento más o menos correcto, puede ser lo más conveniente, a nuestro criterio, la utilización del mismo neuroléptico incisivo usado durante el brote agudo (tipo haloperidol, tioproperazina o perfenazina) a dosis progresivamente descendientes, por garantizar mejor la no recaída y conocer perfectamente la tolerancia individual. Estos fármacos a dosis moderadas o bajas producen una sedación escasa y se toleran relativamente bien.

Finalmente, debe considerarse la posibilidad (por desgracia no infrecuente) de pacientes que requieren el mantenimiento de dosis altas de neurolépticos incisivos, con objeto de garantizar una estabilidad psicopatológica suficiente para desarrollar con ellos todos los programas de actividades y tratamientos previstos en un centro de día. Estos pacientes pueden presentar con cierta frecuencia trastornos extrapiramidales básicamente en forma de rigidez, temblor y acatisia, así mismo son los más probables candidatos a sufrir discinesia tardía (trastornos del movimiento de tipo coreico que se produce después de un bloqueo dopaminérgico prolongado con neurolépticos).

Conclusiones

En una buena parte de pacientes esquizofrénicos de las características mencionadas anteriormente, se requiere de una poscura

neuroléptica prolongada ajustada a las necesidades de cada caso, a fin de garantizar la suficiente estabilidad psicopatológica como para desarrollar las actividades de diversa índole comentadas en el artículo anterior. El tratamiento debe ser cuidadosamente seguido individualmente y en ningún caso efectuado por profesionales sin conocimientos en el campo de la psicofarmacología, probablemente no hay otro tipo de fármacos que sean con tanta frecuencia peor usados que los neurolépticos. Su rentabilidad terapéutica puede ser entonces nula y de alto riesgo.

Todo ello es extensivo para el resto de actividades del hospital o centro de día. Cada una de ellas deben ser dirigidas por profesionales expertos en cada campo, estrechamente coordinados. El centro de día no es un lugar para entretener enfermos crónicos, sino para mejorar y reeducar sus deficiencias e incluso formarlos intelectual y profesionalmente en un medio adecuado a sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. BROOKS G.W.: Withdrawal from Neuroleptic Drugs. *Am. J. Psychiatry*, 115:931-932. 1959.
2. DAVIS J.M. OVERVIEW: Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 132: 1.237-1.245. 1.975
3. FALLON I.R., TALBOT R.E.: Achieving the Goals of Day Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 170, n° 5. 1982.
4. GARDOS G., COLE J.O.: Maintenance Antipsychotic Therapy: Is the Cure. *Am. J. Psychiatry*, 133: 32-36. 1976.
5. GARDOS G., TARSY D.: Withdrawal Syndromes Associated with Antipsychotic Drugs. *Am. J. Psychiatry*, 135: 1.321-1.324. 1978.
6. GITTELMAN-KLEIN R., KLEIN D.F. EN: Psychopharmacology. A Review of Progress. Ed. D.H. Efron. Government Printing Office. Washington. 1968.
7. LINN M., SCULTHORPE W., EVJE M., SLATER P., GOODMAN S.: A Social Dysfunction rating scale. *J. Psychiatry Res.*, vol. 6 n° 4: 299-306. 1969.

DISCUSION

- F. LÓPEZ TIMONEDA: Quisiera preguntarle al Dr. Álvarez, si han visto muchos casos de intoxicación por neurolépticos en estos enfermos que están con tratamiento en el hospital de día y si se han realizado medidas especiales.
- E. ALVAREZ: En el hospital de día no, porque no les tenemos, pero sí hemos visto casos en un grupo de enfermos que tienen una potencialidad suicida muy importante, y cuando sospechamos que existe esta potencialidad suicida, se toman medidas, por ejemplo con el hecho de que los fármacos los tenga la familia, y se dan indicaciones para que acudan al centro siempre que tengan este tipo de problemas. Entonces el paciente es acompañado a nuestra unidad de internamiento, es decir que no viene solo. Entonces se evalúa al paciente para detectar si existe este riesgo y se toman las medidas pertinentes, a pesar de lo cual muchas veces no es suficiente; es un grupo con un potencial suicida muy importante. Nosotros no tenemos hospital de día, pero concretamente en Barcelona hay uno de iniciativa privada, del que les hablará el Dr. Costa y que funciona muy bien.
- C. VALLVÉ: Desearía preguntar al Dr. Álvarez precisamente acerca de su experiencia con el cumplimiento de la prescripción por parte de los pacientes, respecto al hospital de día. Es decir, si el paciente acude al centro regularmente en las fechas que se le ha indicado.
- E. ALVAREZ: Los pacientes con trastornos afectivos, tanto pacientes bipolares como monopolares que se tratan con carbonato de litio, tienen un cumplimiento realmente bueno, y queda demostrado que el paciente toma el fármaco. En lo que nosotros tenemos una idea muy clara es que cuanto más se controla al paciente, cuanto más se le ve, cuantas más cosas se le hacen, y en un hospital de día se le hacen muchísimas cosas, más confianza hay, más se cumplen las prescripciones. En cuanto a lo que hemos visto nosotros respecto al litio, el cumplimiento es bueno en un 70 % de los casos y es muy malo sólo en un 10 %. Y en cuanto a los pacientes psicóticos que deben tomar medicación ambulatoriamente, el cumplimiento es malo generalmente.
- C. VALLVÉ: Realmente lo que quiero decir, no es que el cumplimiento del paciente respecto al tratamiento mejore, porque lógicamente, de una forma u otra el paciente que vaya a un hospital de día va a tener un mejor cumplimiento. Lo que pregunto es si estos pacientes atienden a la recomendación de acudir al hospital.
- E. ALVAREZ: Evidentemente, sí. Los pacientes psicóticos se encuentran en un medio confortable para ellos, mucho más confortable que su propia casa, sobre todo los pacientes que han quedado remitidos sólo sintomáticamente. En cambio hay una serie de deficiencias afectivas con pacientes, que quedan muchas veces con un aplanamiento, una falta de resonancia afectiva, y realmente se encuentran confortables. Yo creo que cuando entran, resulta difícil de abandonar, si realmente funciona el hospital de día.
- A. MORENO: Nosotros hemos acudido también a la determinación de niveles plasmáticos de otros fármacos, concretamente hemos empezado con haloperidol y con los antidepresivos. Aparte de la utilidad como control del cumplimiento del paciente, estamos investigando si realmente tiene alguna otra utilidad para relacionarlo con el efecto terapéutico.
- J. COSTA MOLINARI: Creo que el Dr. Álvarez ha sido excesivamente modesto al decir que no tiene un hospital de día; esto no es verdad. Hay un hospital de día, pero quizá carece de los aspectos formales. Es decir, no tiene entrada independiente, o un rótulo que diga: «Hospital de Día», pero realmente tiene un hospital de día análogo al que aquí se ha expuesto por parte de los compañeros oncólogos, endocrinólogos, etc. De manera que ésta es una cuestión que me gustaría que quedase clara, y simplemente quería decir que es un hospital de día que tiene unas características singulares que lo diferencian de otro tipo de hospital de día, de los cuales posteriormente tendré la oportunidad de comentar.
- S. ERILL: Me permito tomar la palabra, para mostrar mi sorpresa de que en psiquiatría los hospitales de día sean tan escasos en nuestro país, habida cuenta de las ventajas que con toda seguridad han de reportar. No tan sólo ventajas para el paciente, o de tipo económico como hemos discutido esta mañana, sino auténticas ventajas sanitarias. Y a este respecto, estoy pensando en citar dos elementos que el Dr. Álvarez ha mencionado: en la posibilidad de que un paciente tratado con litio sea interrogado, se le tome una muestra de sangre, se conozca el nivel sanguíneo, mientras que el paciente aún está en el hos-

pital y no esperando fuera mientras que el médico atiende a otro paciente. De esta manera, mientras se le está atendiendo se le pueden hacer unas recomendaciones, todo en una sesión, una sesión que es algo más que una consulta externa, es una auténtica hospitalización de día. Por eso me sorprende también que no existan hospitales de día en el tratamiento de la epilepsia, porque un paciente epiléptico podría ser perfectamente sometido a una exploración electroencefalográfica, se podrían hacer determinaciones del fármaco en sangre, o en otros líquidos orgánicos, y se podría formular una recomendación y una pauta de seguimiento, que sería indiscutiblemente mejor que la que pueda recibir cualquier paciente epiléptico en una situación como la actual. Es chocante, habida cuenta de todas estas ventajas, que esto esté tan atrasado, siendo además algo que ahorra dinero a la administración.

- E. ALVAREZ: A mí me gustaría hacer una pequeña observación. Es verdad todo lo que dice el Dr. Erill, que como he dicho antes, conoce el tema de medicamentos, pero quizás no conoce lo suficiente como para saber que hasta ahora y en este momento igual o más los criterios que imperan en la asistencia psiquiátrica no son criterios científicos o médicos, son criterios estrictamente ideológicos y que lógicamente los parámetros que se utilizan para ver cómo se hace el hospital de día, no son siquiera de dinero, son parámetros distintos.
- J. ESTAPÉ: Yo he quedado un poco confundido con la intervención del Dr. Alvarez y del Dr. Costa. Creo importante insistir en que el hospital de día es una estructura determinada, con determinados servicios y personal.
- E. ALVAREZ: Como he podido decir en mitad de mi intervención, la concepción de hospital de

día en psiquiatría es algo distinta de lo que es en otras especialidades. En oncología se habla del hospital de día básicamente en cuanto a tratamiento de la neoplasia, y en psiquiatría no solamente debe ser el enfermo tratado, informado y enseñado acerca de su enfermedad, sino que debemos hacer algo más por ellos de lo que nos han comentado en oncología y diabetología. Lo que nosotros no tenemos en nuestra unidad es formación profesional y actividades lúdicas, o sea, técnicas de tratamiento para reinserción en cuanto a relaciones sociales, afectivas, etc. Esto ocupa un 80 % del tiempo del paciente psicótico en un hospital de día. Pero nosotros, ya lo he dicho, tenemos montado un control farmacológico bastante aceptable. Voy a ponerles el ejemplo de una persona que viene con una depresión melancólica profunda, con un riesgo de suicidio importante y con una falta de cumplimiento de su tratamiento, pruebas, etc. En este sentido tenemos hospital de día. Pero no lo tenemos en el caso de un paciente esquizofrénico, que además de un soporte psicoterapéutico, como su enfermedad empezó a los 16 años, como no pudo terminar el B.U.P. porque ha perdido parte de sus facultades intelectuales, o ha perdido un tiempo largo en compensar su enfermedad, porque ha ido dando vueltas por ahí hasta que finalmente ha caído en un sitio donde lo han tratado, pueden pasar dos o tres años. Además necesita que le enseñemos una profesión y no en un grado habitual, donde la gente tiene cuatro o cinco años menos que él, sino que se lo enseñamos en un determinado campo para que luego pueda pasar a este grupo más convencional. En esto es en lo que es deficitaria nuestra unidad con respecto a lo que los psiquiatras llamamos hospital de día.