

ANALES de la FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TOMO XXIII, N.º. 2

LIMA, 2.º SEMESTRE 1940

LO ESENCIAL DEL TRATAMIENTO MODERNO DE LA ESQUIZOFRENIA

POR EL PROFESOR DOCTOR
HONORIO DELGADO

Pueden considerarse como procedimientos curativos modernos de la esquizofrenia : la piroterapia, la narcosis prolongada, los ataques convulsivos provocados con Cardiazol, el estado hipoglicémico suscitado con insulina, la psicoterapia y la intervención quirúrgica en el cerebro. No desarrollaremos aquí lo relativo al primero y al último. La piroterapia es un método de amplia aplicación, el cual ofrece resultados poco seguros. La inoculación con sangre malarica, las vacunas tipo Pyrifer, las inyecciones de azufre (Sulfosin) y las de nucleinato de soda no tienen una eficacia curativa comparable con la de los métodos de que nos ocuparemos. Sin embargo, constituyen un auxiliar precioso, especialmente el nucleinato de soda a dosis de 0.30 gr. a 3 gr., en solución al 5 ó al 10 %, sobre todo para calmar a los agitados. La intervención quirúrgica, propuesta por Egas Moniz para el tratamiento de las más variadas enfermedades mentales, está todavía en la etapa de prueba. Tiene dos variantes técnicas : la inyección de alcohol absoluto y la excisión de esferas de substancia blanca de un centímetro de diámetro. Moniz usa una u otra técnica o combina ambas. El lugar de la intervención es el centro oval del lóbulo frontal de ambos hemisferios cerebrales.

Ninguno de los modos de tratar la esquizofrenia de que nos ocupamos aquí es aplicable por el médico no especializado. La mayor parte de los enfermos requieren ser hospitalizados o aislados con personal preparado, dada la naturaleza de la enfermedad, que se agrava casi siempre, sobre todo en el periodo agudo, si no hay un cambio de ambiente. Sin embargo, el médico general puede hacer mucho a favor de la curación de los esquizofrénicos sabiendo que hoy uno de estos enfermos tiene tantas más probabilidades de curar cuanto más precozmente es puesto en manos del psiquiatra experto en los nuevos métodos.

I. LA NARCOSIS PROLONGADA, método concebido por Klaesi, consiste en mantener al paciente en sueño provocado con un narcótico poco tóxico durante ocho, diez o más días, con breves intervalos, durante los cuales se alimenta, satisface sus necesidades corporales y se le asea. El procedimiento original, el más usado, se practica en la forma siguiente :

Técnica. Se comienza por inyectar, siguiendo la vía subcutánea una ampolleta de escopolamina (un miligramo) y una de morfina (un centigramo); cuando comienza a notarse el efecto soporífero, o media hora después de la aplicación, se inyecta 4 cc. de Somnifene "Roche", por debajo del tejido celular subcutáneo (inyección subcutánea profunda). Con esto el paciente duerme ocho horas aproximadamente. Al despertar se le presta la asistencia conveniente y antes de que se despabile por completo se le inyecta 2 cc. (una ampolleta) de Somnifene. De ordinario se requieren tres de estas inyecciones en el curso de cada día. Se puede reducir la cantidad de Somnifene intercalando inyecciones de pequeñas dosis de escopolamina y morfina ($1/5$ a $1/4$ de miligr. y $1/5$ a $1/4$ de centigr., respectivamente) o, como lo hacemos en nuestro servicio, de luminal (0.10 a 0.20 gr.). * Así se puede prolongar el sueño hasta veinte días.

* Todavía no se puede considerar como procedimiento superior al usual la combinación de medicinas propuesta por Cloetta para la misma clase de cura.

Durante la cura el paciente debe ser vigilado muy cuidadosamente, sobre todo en lo que respecta a los aparatos cardio-vascular, respiratorio y renal. La taquicardia se domina generalmente propinando por os X gts. de digitalina dos veces en 24 horas. Si se presenta arritmia o cualquier otro síntoma de mal funcionamiento del aparato circulatorio, se interrumpirá la narcosis y se llenarán las indicaciones terapéuticas del caso. También se interrumpirá en caso de compromiso del aparato respiratorio, por sencillo que sea, así como cuando se eleva la temperatura o haya signos de mal funcionamiento hepático o renal (análisis de orina frecuente). En el caso que un período de narcosis prolongada no produzca la curación, se puede repetir la aplicación después de un tiempo prudencial.

Indicaciones y contraindicaciones. La narcosis prolongada es particularmente útil en los casos con negativismo, agitación, desasosiego angustioso, alucinaciones, estereotipias, desconexión del ambiente y manifestaciones asociales. El objeto perseguido con ella es quebrantar el círculo vicioso de la mala adaptación del sujeto a la realidad, poniéndole en la condición de reposo y de necesidad de ser asistido. Constituyen contraindicación: todas las enfermedades del aparato respiratorio, desde la rinitis hasta la tuberculosis pulmonar; las enfermedades infecciosas del aparato digestivo; las lesiones no compensadas del corazón y las afecciones renales; la catatonía con manifestaciones sobreagudas, con lengua saburrosa, piel seca etc. Faltas en el examen previo del enfermo y en la asistencia durante la narcosis explican la mayor parte de las defunciones (M. Müller señala una mortalidad de 5 % *).

II. El tratamiento con CARDIAZOL "KNOLL" A DOSES CONVULSIVA, o método de von Meduna, consiste en producir al enfermo ataques convulsivos semejantes a los epilépticos, que duran por término medio un minuto, con fase tónica y clónica, seguidos de sueño o perturbación de la conciencia, de duración variable, y amnesia.

* Sin embargo, de los 200 primeros casos tratados en la Clínica de Klaesi ninguno ha tenido **exitus letalis**. Nosotros empleamos la narcosis prolongada desde hace más de 15 años con solo un fracaso.

Técnica. Se inyecta, si es posible en ayunas, por vía endovenosa, 4 ó 5 cc. (según la corpulencia del sujeto) de la solución al 10 % de Cardiazol. Si después de un minuto no hay signos de ataque, se aplica una segunda inyección, de 5 ó 6 cc. Si esta segunda aplicación no da resultado, después de dos o tres días se practica una nueva inyección de 6 ó 7 cc. La regla es determinar dos ataques convulsivos por semana. La inyección debe ser puesta con rapidez, de modo que penetre por lo menos 1 cc. por segundo. En caso negativo se repite la inyección, al minuto, con dosis mayor en 1 cc., como está indicado para la primera aplicación. A los pocos segundos de la iny. se produce el ataque, una de cuyas manifestaciones iniciales constantes es que el enfermo abre la boca durante breve momento. Para evitar la mordedura de la lengua, debe aprovecharse esta circunstancia introduciendo, sin demora, un tampón de caucho, plano, de unos 2 cm. de grueso, envuelto en una gasa, entre las dos arcadas dentarias (tratando de que alcance los molares). La dosis permanece invariable mientras se muestre eficaz (produciendo ataque). La dosis máxima por iny. es 15 cc (30 por aplicación en 2 iny. seguidas). El máximo de ataques por cura es 35. Cuando la remisión se produce antes, se agrega de 3 a 5 ataques más para consolidar la cura. En los casos frescos a menudo son suficientes 5, 10 ó 15 aplicaciones. Si no se observa mejoría, debe proseguirse la cura hasta producir 20 ó 25 ataques. Cuando dos iny. seguidas no dan resultado y el enfermo se desasosiega o angustia, acostumbramos ponerle una iny. de luminal (0.20 gr.), con lo que se evita los malos efectos del ataque frustrado.

Indicaciones y contraindicaciones. La cura con Cardiazol está indicada en todos los esquizofrénicos, tanto por la gran frecuencia de la remisión en los casos agudos (70 % o más en los de menos de 1/2 año) y subagudos (cerca del 50 % en los de 1/2 a 2 años) cuanto por la mejoría que produce en los crónicos. La forma catatónica es la mejor influida por este procedimiento. Para aconsejar la aplicación del método de von Meduna es indispensable una buena anamnesia, no sólo con el fin de precisar la duración de la

psicosis — lo que es de mucha importancia para el pronóstico terapéutico — sino para evitar complicaciones y fracasos, dadas las contraindicaciones. Estas se refieren a enfermedades del corazón (es aconsejable el electrocardiograma, por lo menos en caso de duda), la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, la flebitis, las enfermedades del hígado, las infecciosas (cuidado especial de reconocer la tuberculosis latente), el embarazo y la fragilidad de los huesos (antecedentes de raquitismo, hipocalcemia etc.). Esto último tiene importancia, pues una de las pocas y raras complicaciones serias es la fractura de los huesos, además de las luxaciones, por la violencia de la contracción muscular. Algunos no recomiendan la cura convulsivante en los ancianos y en los enfermos que han permanecido mucho tiempo en cama. La mortalidad es muy pequeña (0.5 % aproximadamente). *

III. EL TRATAMIENTO CON INSULINA, O MÉTODO DE SAKEL, se basa en los efectos que produce la hipoglucemia sobre el sistema nervioso. En la inmensa mayoría de los casos lo curativo es el coma hipoglucémico, excepcionalmente se produce la remisión sin que haya perturbación alguna de la conciencia por efecto de la insulina. El designio práctico es, pues, producir el coma.

Técnica. El procedimiento clásico de Sakel tiene cuatro fases que son : I. Fase preparatoria, en que se empieza a inyectar la insulina (siempre a una hora precisa de la madrugada y en ayunas) a dosis de 10 a 15 unidades y aumentando cada día de 4 a 8 unidades (según la corpulencia y las reacciones del sujeto) hasta producir el shock o llegar a 50 ó 60 unidades; en este último caso se aumentará en las aplicaciones subsiguientes de 10 a 16 unidades cada vez, hasta llegar al shock. Durante cuatro horas permanecen los enfermos, bajo el efecto de la insulina, sin ningún alimento; después se les suministra 200 gr. de azúcar

* Recientemente se ensaya el Azoman o Triazol, que suele producir náuseas, fiebre etc., y cuya dosificación es muy laboriosa. Se preconiza para los casos en que el estado de las venas obliga a usar la vía intramuscular. Asimismo, se aplica con la misma finalidad convulsiva, el electroshock.

en té o leche, sin excepción, aun cuando no se haya presentado ninguna manifestación hipoglicémica o ésta haya pasado ya. II. Fase de shock, caracterizada por el progreso de los efectos, que comienzan con desórdenes motores (sacudidas clónicas etc.) y pérdida de la relación con el mundo exterior, hasta llegar al estado comatoso, que no debe prolongarse más de hora y media, cuya interrupción no se puede efectuar por medio de bebidas azucaradas per os dado el estado mental del enfermo, sino por sonda nasal (nosotros usamos sólo la inyección endovenosa de 20 a 40 cc de suero glucosado al 33,3%). Una vez que despierta el paciente se le da 200 gr. de azúcar en té. Dosis óptima es la que suscita la iniciación del shock entre la 2a. y la 3a. hora, y los síntomas de coma antes de la 5a. hora posterior a la iny. En caso de presentarse ataques convulsivos o estados peligrosos se interrumpe el shock con una iny. subcutánea de 1 cc de solución de adrenalina al 1 por mil y una iny. intravenosa de 20 a 100 cc de suero glucosado al 33,3 %, sin perjuicio de administrar después per os la dosis ordinaria de azúcar. El despertar tiene lugar después de 6 a 12 minutos con la administración por vía nasal y casi instantáneamente (rara vez después de pocos minutos) con la iny. endovenosa. Todos los días, menos los domingos, se inyecta la insulina — a dosis que varía de acuerdo con los efectos producidos los días anteriores, sobre todo la víspera,— hasta lograr la remisión de la enfermedad o hasta que el tratamiento pruebe ser ineficaz (con 60 días de aplicación). III. Fase de descanso después de la fase de shock— generalmente no se observa esta indicación, salvo el descanso dominical y salvo complicaciones (sobre todo, retardo para despertar y elevación de temperatura) o circunstancias especiales. IV. Fase de polarización, consistente en la continuación del tratamiento con pequeñas dosis de insulina, de 10 a 30 unidades, con interrupción de la hipoglicemia dos horas después de la iny., evitando los síntomas de shock. Termina esta fase tan pronto como se han consolidado los efectos de la fase II y de la ergoterapia (ordinariamente dura de 4 a 8 días).

El tratamiento — que dura de 2 semanas a 4 meses y

más — no se practica según un esquema mecánico, sino que se modifica de acuerdo con la forma de la esquizofrenia (a esto da gran importancia Sakel) y las reacciones y cambios del estado del paciente. A los estados predominantemente paranoides conviene el coma profundo en ambiente silencioso, para desarticular o desactualizar los síntomas y, si es posible, para producir la amnesia de las experiencias psicósicas; en los estados estuporosos es favorable interrumpir la hipoglicemia cuando se ha llegado al punto culminante de la activación de la vida mental del paciente — si la “psicosis productiva” persiste en los intervalos de la hipoglicemia está indicado el tratamiento adecuado a los estados paranoides; por último, para los cuadros clínicos de agitación catatónica se requiere iny. de insulina dos o tres veces al día durante la fase I, que se prolonga hasta conseguir el shock tardío matinal, el cual se interrumpirá al iniciarse el coma; se evitará que éste se haga profundo exigiendo al paciente con insistencia que beba el agua azucarada, se evitará asimismo que se presente la sensación intensa de hambre — así se consigue prolongar y hasta fijar la tranquilidad; la dosis de la tarde será de 20 a 25 unidades, evitándose el coma.

Este procedimiento no debe realizarse sino en departamentos hospitalarios especiales, “estaciones de insulina”, con personal técnico experimentado, dirigido, ininterrumpidamente, por un médico experto en la materia. Requiere particular atención el tratamiento del shock que se prolonga a pesar de la administración de glucosa. Debe investigarse entonces la glicemia, para evitar los riesgos anexos a la práctica de propinar azúcar en exceso. Si es necesario se inyecta glucosa a pequeñas dosis repetidas (según la glicemia), y en todo caso iny. de vitamina B1 y suero de Hayem en grandes cantidades; también está indicada la administración de oxígeno. Tan alarmante como el shock prolongado es el coma profundo. En el coma simple el sujeto no responde a la llamada imperativa ni al tocamiento del cuerpo. El coma profundo se caracteriza por producirse hipotonía muscular, y, en caso de hipertonia, por no modificarse la rigidez muscular con la anteflexión forzada de

la cabeza; son signos igualmente alarmantes la falta de los reflejos corneal y plantar. El tratamiento con insulina pone en condiciones de menor resistencia al paciente. Por eso toda enfermedad intercurrente es causa para interrumpir la aplicación de insulina, hasta que el enfermo se restablezca por completo. Por eso también debe pasarse la sonda nasal con las mayores precauciones (peligro de infección bronquial).

Indicaciones y contraindicaciones. El método de Sakel tiene las mismas indicaciones que el de von Meduna, tratándose de la esquizofrenia. Parece más eficaz que éste en la forma paranoide. Considerando el conjunto de los enfermos tratados, la proporción de remisiones y mejorías parece ser algo menor con la cura insulínica que con la convulsiva; asimismo, las recidivas parecen ser más frecuentes en la cura con insulina que en la de Cardiazol. Las contraindicaciones son también las mismas, dado el hecho de que no son raros los ataques convulsivos incluso el *status epilepticus* durante la hipoglicemia. Hemos verificado los ataques en cerca de un tercio de los casos y los subintrantes en el 4 %. La mortalidad con el método de Sakel oscila, según los investigadores, entre 0.4 % y 6 %.

Combinación de los métodos de Sakel y von Meduna. Se ha propuesto tres formas de combinación de estos procedimientos: 1° "cruzada", aplicando uno al resultar ineficaz el otro, sin perjuicio de retornar al primero, tras un descanso, si no se logra la remisión; 2° "adicional", inyectando Cardiazol en la tercera media hora después de la aplicación de insulina (en la fase II), esto es, en el momento en que baja más la glicemia, o cuando comienza el coma: así la cantidad de Cardiazol necesaria se reduce a 2/5 de la requerida en otras condiciones; 3° "alternante", empleando uno y otro en días sucesivos o interrumpiendo la fase II de la cura de Sakel con períodos de algunos días en los cuales se produce ataques convulsivos diarios o espaciados. Todavía no hay experiencia suficiente para decidir cual de estas combinaciones es más eficaz. Lo que sí se impone es emplear uno cuando el otro no ha dado resultado satisfactorio.

IV. PSICOTERAPIA. La esquizofrenia es sin duda una enfermedad hereditaria de origen somático. Sin embargo, en su tratamiento es indispensable la psicoterapia y la asistencia con preocupación psicoterápica incesante. El efecto del modo cómo es tratado personalmente el sujeto y cómo se produce su experiencia de cada momento repercuten a veces de manera decisiva para la curación o para la cronicidad. El esfuerzo psicoterapéutico debe orientarse en el sentido de favorecer, por todos los medios posibles, el contacto del enfermo con la realidad; robustecer su adhesión afectiva a las personas y su interés por las cosas y por la acción; dar pábulo a toda actividad normal del sujeto y privar de oportunidades a la manifestación de los síntomas. De este modo se encapsulan o involucionan las propensiones mórbidas y se vigoriza la extraversion de la personalidad. Un conocimiento preciso y detallado de la biografía del esquizofrénico es condición favorable para esta tarea, en que se pone a prueba el tacto del psiquiatra. *La ergoterapia* y en general los métodos de *terapia activa*, introducidos por H. Simon en el funcionamiento de los hospitales para los enfermos de la mente, constituyen la principal disciplina orgánica de adaptación del psiquismo del paciente al mundo real.

La psicoterapia es parte importante del tratamiento incluso durante la aplicación de los otros métodos. La ayuda del médico es preciosa para introducir orden en la actividad consciente del enfermo al conmovearse las condiciones somáticas de la psicosis, sea por efecto del sueño prolongado, del ataque convulsivo o del coma. La adquisición de una actitud crítica respecto del proceso mórbido, el estímulo de la relación ingenua y productiva con las personas y el robustecimiento del núcleo sano de la personalidad, así como el aliento de la esperanza de sanar, son factores que elevan el tono vital y facilitan el restablecimiento del orden en la mente. En todo caso, la intromisión del médico en la vida íntima del enfermo en convalecencia debe ser mesurada y oportuna, respetando las fases en que hay resistencia o pudor para hablar de los síntomas o del tratamiento.