

## USO DE PSICOFARMACOS EN LA PRACTICA PSIQUIATRICA\*\*

AITOR CASTILLO \*

KEY WORDS: *Psychopharmacology use – Psychiatric Practice – Psychosis.*  
PALABRAS CLAVE: *Uso de psicofármacos – Práctica Psiquiátrica – Psicosis.*

*Se estudió el uso de psicofármacos en 6 centros psiquiátricos a través de la revisión de las historias clínicas, hojas de registro de medicamentos y cuadernos de anotaciones de enfermería, correspondientes a 176 pacientes hospitalizados. Los criterios operacionales fueron señalados por adelantado para uniformar el análisis de los datos. Los resultados muestran, entre otras cosas, lo siguiente: Nivel de polifarmacia elevado, mal uso de antiparkinsonianos, dosis que están en el rango bajo-moderado, abordaje farmacológico estereotipado de la psicosis aguda con énfasis en la sedación y administración parenteral, y relación pobre entre el diagnóstico clínico y la terapia psicofarmacológica.*

*Es evidente la discrepancia que existe entre las recomendaciones señaladas en la literatura especializada y la práctica clínica de rutina en los centros estudiados.*

### Psychopharmacology Use in Psychiatric Practice

*The use of psychotherapeutic drugs was studied in 176 inpatients of 6 psychiatric centers. The clinical charts, medication registration sheets and nurse observation notebooks were reviewed. Furthermore, the operational criteria were fixed in advance in order to standarize the analysis of the data. The results show, among other things, the following issues: High level of polypharmacy, misuse of antiparkinsonian drugs, prescription of low to moderate doses, stereotypic treatment of acute psychosis with emphasis in parenteral sedation and a poor correlation between clinical diagnosis and psychotherapeutic medication. It is evident the discrepancy between actual physician practices and practices recommended in the literature.*

---

(\*) Profesor Asociado, Departamento Académico de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
Jefe, Laboratorio de Psiquiatría Biológica, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".

(\*\*) Este trabajo es una versión abreviada de la Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1985.

### *Introducción*

La tercera gran revolución psiquiátrica empezó en la década de los 40 cuando la clorpromazina fue empleada con éxito en el tratamiento de la esquizofrenia. De esta manera, una época nueva surgía en la que los enfermos mentales podían ser mantenidos adecuadamente en su medio ambiente y seguidos regularmente en los centros asistenciales rurales o urbanos. Incluso el funcionamiento de las salas de psiquiatría en los hospitales generales adquirió vigencia. Paralelamente, una serie de modalidades terapéuticas devinieron obsoletas como, por ejemplo, las terapias insulínica y cardiazólica, los procedimientos quirúrgicos extensos y las restricciones físicas.

El advenimiento de los psicofármacos permitió el tratamiento de cuadros clínicos muy severos en relativamente corto tiempo. Los esquizofrénicos quedaron libres del ineluctable destino de terminar sus vidas entre los muros del asilo. De igual manera, el pronóstico de los desórdenes afectivos se iluminó con la aparición de las sales de litio, atenuándose las continuas y profundas recurrencias. Antes de la aparición de los antidepresivos, alrededor del 100/o de los pacientes deprimidos pasaban más de 4 años hospitalizados durante su ciclo vital y la tasa de mortalidad era hasta 3 veces mayor que en la población general (36).

El hecho de que las benzodiazepinas estén entre los fármacos más

empleados en medicina no hace más que subrayar el enorme impacto que la psicofarmacología ejerce en la terapéutica moderna (32).

Es evidente que la psicofarmacología no solamente aportó métodos valiosos de tratamiento, sino que hizo enormes contribuciones al conocimiento científico en general. Se avanzó en el entendimiento de los factores biológicos que producen la enfermedad mental, se profundizó en los mecanismos de acción de los psicotropos, se favoreció la industrialización de nuevos y mejores agentes, se desarrolló un creciente interés por la clínica y nomenclatura psiquiátrica y, finalmente, se crearon técnicas de diagnóstico más objetivas y refinadas (11).

En las últimas dos décadas, el número de fármacos psicoactivos se ha incrementado notoriamente al mismo tiempo que la incidencia de algunos trastornos mentales. Desafortunadamente, también ha crecido el riesgo de un mal manejo porque, por un lado, la tecnología ha desarrollado drogas muy potentes y, por otro, el médico tiene dificultad para mantenerse actualizado.

A pesar de que resulta obvio que un buen conocimiento de la psicofarmacología permite un tratamiento oportuno y eficaz, muchos estudios demuestran que el empleo de dichos fármacos adolece de varias imperfecciones (17, 34, 35, 39). Se observa, por lo tanto, una especie de brecha entre lo que hace el clí-

nico en su práctica diaria y las recomendaciones señaladas en los libros de texto y revistas especializadas.

Hasta el momento, en nuestro país no existen estudios que hayan explorado la situación de manera sistemática. En una investigación de carácter retrospectivo y limitada a la experiencia en una clínica privada para enfermos mentales, se encontró que todos los pacientes eran medicados con varios neurolepticos simultáneamente en dosis insuficientes y recibían la administración profiláctica de antiparkinsonianos en porcentaje mayoritario (44).

En contraste, en el presente estudio se evalúa desde una perspectiva académica la práctica psicofarmacológica actual en algunos grandes centros dedicados a la atención psiquiátrica en la ciudad de Lima.

### Material y Métodos

Se incluyeron 176 pacientes adultos (59 mujeres y 117 varones) hospitalizados correspondientes al 20% del total de pacientes internados entre febrero de 1983 y marzo de 1984. La distribución de la muestra se presenta en la Tabla 1.

Durante el lapso señalado, el investigador visitó los centros seleccionados con el objeto de estudiar las historias clínicas, las hojas de registro de medicamentos y los cuadernos de anotaciones de enfermería. En cada sesión de trabajo, los pacientes eran escogidos al azar. Se consideraron solamente aquellos

TABLA No. 1

#### DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EL CENTRO ASISTENCIAL

Centro	Pacientes
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”	14
Hospital Hermilio Valdizán	52
Hospital Víctor Larco Herrera	57
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati	19
Hospital Nacional Guillermo Almenara	13
Clínica San Antonio Vitarte	21
Total	176

que se encontraban hospitalizados en el momento de la visita bajo la premisa de que existe un mejor control médico sobre el enfermo.

### 2.1 Criterios operacionales

Ciertos criterios operacionales fueron fijados por adelantado para precisar las variables que iban a estudiarse y poder uniformar los datos para procesarlos adecuadamente. A continuación aparecen algunos de estos criterios.

### 2.1.1. Polifarmacia

Se consideró polifarmacia al uso concomitante de por lo menos 3 drogas con propiedades psicoactivas para el tratamiento de la misma entidad clínica. Para ello se averiguó el número de psicofármacos que habían sido prescritos el día de la investigación.

### 2.1.2. Dosis

Se establecieron 3 categorías de dosis tomando como referencia las tablas de equivalencias y las recomendaciones contenidas en los textos (1, 4):

a) Antipsicóticos (en mg. de equivalentes de clorpromazina/día)

\* Dosis baja : 50 – 300

\* Dosis media : 301 – 600

\* Dosis alta : Por arriba de 600

b) Antidepresivos (en mg. de equivalentes de amitriptilina/día)

\* Dosis baja : 10 – 75

\* Dosis media : 76 – 150

\* Dosis alta : Por arriba de 150

c) Ansiolíticos (en mg. de equivalentes de diazepam/día)

\* Dosis baja : 2 – 20

\* Dosis media : 21 – 40

\* Dosis alta : Por arriba de 40

Para hacer este tipo de valoración se tomó como base al psicofármaco que se consideraba esencial para el tratamiento. Por ejemplo, si un paciente esquizofrénico recibía un antipsicótico, un antiparkinsoniano y un ansiolítico, el fármaco de referencia era el antipsicótico.

### 2.1.3. Uso de antiparkinsonianos

El uso preventivo de antiparkinsonianos ocurre cuando se los administra sin una causa que lo justifique; es decir, con la intención de evitar la aparición de efectos extrapiramidales. Para determinar si estos fármacos eran utilizados por tiempo prolongado, se seleccionó un subgrupo de 27 pacientes que permanecían hospitalizados más de 4 meses bajo tratamiento neuroléptico.

### 2.1.4. Relación entre el diagnóstico y el tratamiento

Se denominó "relación total" a la correspondencia clara y bien establecida entre el diagnóstico clínico del paciente y la medicación prescrita. Cuando el tratamiento cubría un espectro clínico más amplio que el necesario se consideró una "relación parcial". Finalmente, una "relación nula" implica un desencuentro absoluto entre el diagnóstico clínico y el tratamiento farmacológico empleado. En los casos en que existían diagnósticos múltiples se tomó como referencia a aquel que explicaba la hospitalización.

### 2.1.5. Psicofármacos más empleados

Se determinó el orden de frecuencia con el cual se recetaban las drogas psicoactivas en todos y cada uno de los pacientes.

### 2.1.6. Esquema de tratamiento

En este rubro se analizó la manera de conducir el tratamiento

desde el momento de la admisión. Para este fin se consideró la terapéutica durante las primeras horas y su evolución a lo largo del tiempo, la vía de administración, el horario y la adecuación de las dosis a las necesidades del enfermo, así como la constancia para mantener la medicación por un tiempo suficiente.

### 2.1.7. Otros

Aspectos relacionados con este punto incluyen el celo del médico para detectar los efectos colaterales e interacciones farmacológicas, la administración de psicofármacos mediante procedimientos inapropiados, el uso de la electroterapia y la interconsulta con colegas de otras especialidades.

### 2.2. Análisis de los datos

La presente investigación es de carácter descriptivo y analítico; por lo tanto, los resultados se expresan en términos porcentuales sin requerir manejo estadístico. El estudio no compara grupos ni acepta o rechaza hipótesis alguna, simplemente intenta reconocer nuestra realidad e identificar las áreas críticas vinculadas al quehacer psicofarmacológico en la práctica psiquiátrica diaria.

## 3. RESULTADOS

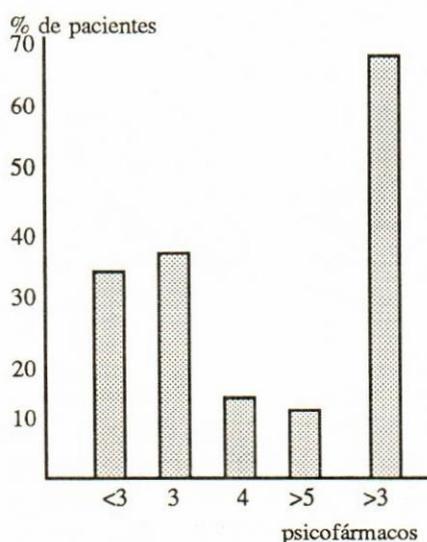
### 3.1. Polifarmacia

El 66.46o/o de los pacientes fueron medicados con 3 ó más psicofármacos concurrentemente. Este porcentaje puede desdoblarse de la siguiente manera: 35.79o/o recibió 3

psicofármacos, 15.90o/o era sometido a la acción de 4 psicofármacos al mismo tiempo y 14.77o/o tomaba por lo menos 5 drogas psicotrópicas (Figura 1).

FIGURA 1

Número de psicofármacos por paciente



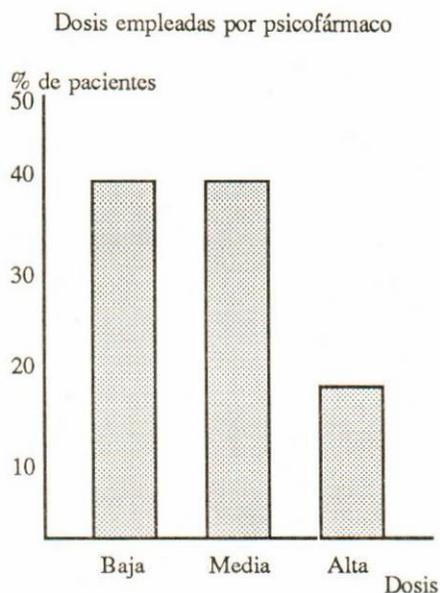
### 3.2. Dosis

El 40.90o/o de los pacientes era tratado con dosis consideradas bajas, el 40.90o/o recibía dosis medias y el 18.18o/o usaba dosis altas (Figura 2).

### 3.3. Uso de antiparkinsonianos

De los 121 pacientes medicados con neurolépticos, el 47.10o/o recibía los fármacos antiparkinsonianos con carácter preventivo, y el 20.46o/o lo utilizó después de algunos días de iniciado el tratamien-

FIGURA 2



to antipsicótico en relación con la aparición de sintomatología extrapiramidal, probablemente. En un pequeño grupo de 27 pacientes, hospitalizados durante no menos de 4 meses, pudo comprobarse que 18 de ellos habían estado recibiendo la medicación antiparkinsoniana en forma ininterrumpida (Figura 3).

### 3.4. Relación entre el diagnóstico y el tratamiento

El 29.01o/o de los casos pudo ser considerado dentro de la categoría "relación total". Se encontró una "relación parcial" en el 59.87o/o y una "relación nula" en el 11.11o/o.

La "relación nula" correspondió, fundamentalmente, a 13 pacientes diagnosticados como alcohólicos o fármacodependientes a la pasta bá-

FIGURA 3



sica de cocaína que estaban siendo medicados con fenotiazinas sin que hubiera evidencias —registradas en la historia clínica— de psicosis asociada. Un grupo de 14 pacientes no tenía el diagnóstico consignado en los documentos clínicos (Figura 4).

### 3.5. Psicofármacos más empleados

En la Tabla 2 aparece la relación de los psicofármacos empleados con mayor frecuencia. Se han agrupado algunos para lograr una mayor coherencia y evitar la dispersión de la lista. En conjunto, los antipsicóticos fueron los psicofármacos más utilizados debido a la predominancia de pacientes psicóticos en la población hospitalaria estudiada.

### 3.6. Esquema de tratamiento

De los 121 pacientes que recibieron neurolépticos, el 53.71o/o usaba la vía intramuscular desde el momento del ingreso. En el 44.61o/o la administración intramuscular se mantuvo hasta 48 horas, mientras

FIGURA 4

Relación entre el diagnóstico y el tratamiento psicofarmacológico

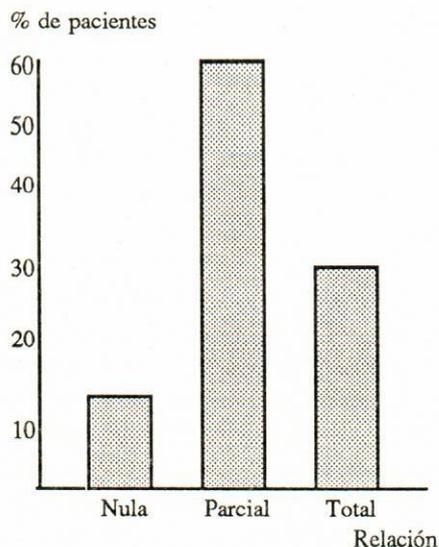


TABLA No. 2

PSICOFARMACOS MAS EMPLEADOS

Psicofármacos	Pacientes *
Antiparkinsonianos	84
Levomepromazina	79
Benzodiazepinas	66
Clorpromazina	61
Trifluoperazina	46
Prometazina	40
Tioridazina	33
Antidepresivos	23

\* No se suman porque cada paciente puede recibir más de un psicofármaco.

que en el 55.38o/o se prolongó más allá de las 72 horas.

En la totalidad de los pacientes medicados parenteralmente, se em-

pleó un mínimo de 2 psicofármacos simultáneos. La asociación favorita fue clorpromazina/levomepromazina/prometazina. Además, en todos se prescribió antiparkinsonianos desde la primera aplicación.

De la totalidad de los pacientes incluidos en la investigación, la dosis se mantuvo inmodificable desde el inicio en el 42.61o/o. En otro grupo (32.95o/o) se prefirió agregar otra droga para reforzar la acción de la primera en vez de aumentar la dosis de ésta. En el 23.86o/o de los pacientes, se cambió la medicación antes del décimo día de iniciado el tratamiento tal como se expone en la Tabla 3.

TABLA No. 3

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Esquema	Paciente (o/o)
I) Medicación psicotrópica:	176 (100.0)
No se ajusta la dosis de manera progresiva	75 ( 42.6)
Se agrega otra droga a la anterior	58 ( 32.9)
Se cambia la droga inicial por otra:	52 ( 29.5)
Antes del día 10	42
Antes del día 21 y después del 10	06
Antes del día 30 y después del 21	04
II) Medicación antipsicótica	121 ( 68.5)
Empleo de la vía intramuscular desde la admisión	65
** Por menos de 48 horas	29
** Por más de 48 horas	36
Uso concomitante de antiparkinsonianos	65

### 3.7. Otros

En el 6.81o/o se utilizaba, al mismo tiempo, el tratamiento neuroléptico con la terapia electroconvulsiva. En el 15.34o/o se administraba concurrentemente neurolépticos de depósito y neurolépticos convencionales. La prescripción intramuscular de diazepam se registró en el 5.11o/o de los casos. Las anotaciones en relación a los efectos colaterales eran sumamente escasas. Asimismo, no se advirtió preocupación alguna por la detección de interacciones farmacológicas e, incluso, las condiciones clínicas intercurrentes eran manejadas por internistas sin una aparente intercomunicación con el médico tratante y al margen de la medicación psicotrópica administrada.

## 4. DISCUSION

### 4.1. Polifarmacia

Es evidente la presencia, en la muestra estudiada, de una marcada polifarmacia a pesar de que en la literatura se refleja el acuerdo mayoritario en señalar que la polifarmacia es un hábito frecuentemente innecesario y peligroso. No se obtiene ningún beneficio clínico con el uso combinado de fármacos sino que, por el contrario, las acciones colaterales e interacciones se potencian (19, 22, 29, 33, 40).

Hay algunos autores que apoyan la tesis contraria empleando los argumentos siguientes, entre otros; a) La administración de fármacos diferentes permite utilizar dosis más pequeñas con lo que se reducirían los efectos colaterales sin perder efica-

cia terapéutica, b) Algunos psicofármacos tienen mecanismos de acción diferentes pero se complementan clínicamente como en el caso de los tricíclicos antidepresivos y los inhibidores de la monoaminoxidasa, y c) La acción preponderante de ciertos fármacos sobre determinados síntomas favorece el tratamiento de todo el conjunto sindrómico.

En general, las evidencias no ofrecen ningún soporte a dichas afirmaciones. En particular, el concepto de "síntoma blanco" —desarrollado para explicar la acción específica que algunos neurolépticos tendrían sobre síntomas aislados— fue excesivamente generalizado, perdiéndose la perspectiva del diagnóstico clínico como guía fundamental del tratamiento (23, 24). Como consecuencia de ello, todavía se advierte, entre los psiquiatras, una gran tendencia a usar fármacos diferentes para tratar síntomas también diferentes. Así, se comprueba que a un paciente esquizofrénico se le administra un antipsicótico "sedante" para controlar la agitación psicomotriz, otro "activante" para evitar la apatía y un tercero "antialucinatorio" para combatir los fenómenos pseudoperceptivos.

Es conveniente prestar atención a lo que sostienen algunos autores en el sentido de que la polifarmacia contribuye a incrementar el número de pacientes resistentes, probablemente a través de los mecanismos de inducción enzimática y de otros cambios en los sistemas bio-

lógicos (2, 31, 43, 47).

#### 4.2. Dosis

La amplia mayoría de los pacientes incluidos en esta investigación recibían dosis bajas o moderadas de psicofármacos, a pesar de estar hospitalizados. El hecho evidente de la utilización simultánea de varias drogas parece sostener la hipótesis de que tales pacientes parecían necesitar dosis más altas. Es probable, pues, que la utilización de dosis bajas aliente a la polifarmacia, la que reflejaría —a su vez— la necesidad de dosis más altas para controlar la enfermedad.

Recientemente han aparecido algunos trabajos que indican la importancia de ajustar las dosis a los requerimientos de los pacientes puesto que no todo se resuelve con el empleo de dosis elevadas. La presencia de rangos terapéuticos derivados de los estudios que correlacionan la respuesta clínica con la concentración plasmática de los psicofármacos merece la mayor atención por parte del médico (4, 14, 1, 30, 41, 42).

El hallazgo de un significativo nivel de polifarmacia en la muestra estudiada, interpretado como un indicador del fracaso de las dosis conservadoras, apunta en el sentido de que en nuestro país la posología recomendable se encuentra dentro de los márgenes internacionales. Sin embargo, es válido probar la hipótesis de que ciertas poblaciones nacionales podrían beneficiarse con

dosis relativamente modestas tal como lo insinúan algunas investigaciones extranjeras (20, 37, 48).

#### 4.3. Uso de antiparkinsonianos

Es notorio el alto porcentaje de pacientes que recibieron medicación antiparkinsoniana de manera profiláctica (Figura 3).

El consenso es que debe evitarse tal práctica por varias razones, entre las cuales puede citarse a las siguientes (16, 21, 38, 46): a) No se ha comprobado fehacientemente la acción profiláctica de los antiparkinsonianos; b) Los efectos extrapiramidales sólo se presentan en un número limitado de pacientes; c) Estos fármacos tienen propiedades anticolinérgicas importantes; d) Los antiparkinsonianos podrían favorecer el desarrollo de la diskinesia tardía; e) Hay algunas evidencias de que pueden disminuir los niveles plasmáticos de los neurolépticos y f) El costo del tratamiento aumenta.

También se aprecia que, entre los pacientes sometidos a tratamiento antipsicótico, el empleo de los antiparkinsonianos parece elevado y desproporcionado a las cifras de incidencia del síndrome extrapiramidal. Además, existe una visible tendencia a mantenerlos por tiempo prolongado. La literatura señala que alrededor del 90o/o de los pacientes no presentan complicaciones extrapiramidales pasados los primeros 4 meses de tratamiento antipsicótico y que la suspensión de los antipar-

kinsonianos es posible en la gran mayoría sin que se advierta la re-emergencia del síndrome parkinsoniano (3, 6, 28, 38).

Es interesante señalar que Sánchez (44) encontró que el 100o/o de los pacientes que él estudió estaban medicados con antiparkinsonianos de manera preventiva mientras que en esta investigación dicho porcentaje es significativamente menor (47.10o/o). Una explicación posible es la diferencia de escenarios, sobre todo si hay labor docente con residentes como en la mayoría de los centros incluidos en este estudio. La otra explicación estaría en relación al tiempo transcurrido entre ambos trabajos, lapso durante el cual los psiquiatras peruanos han ido modificando sus hábitos de prescripción de psicofármacos.

#### 4.4. *Relación entre el diagnóstico y el tratamiento*

Es probable que el alto porcentaje de "relación parcial" y "relación nula" encontrado en este trabajo se deba a la tendencia de los clínicos a tratar los síntomas en forma aislada en vez de integrarlos al contexto sindrómico o de enfermedad. El mayor número de casos en los que el tratamiento psicofarmacológico no guardaba una relación apropiada con el diagnóstico, correspondía a los pacientes farmacodependientes y alcohólicos, en los que se prescribía neurolépticos por largo tiempo. Tal vez, esto refleje la incertidumbre terapéutica que predomina en esta

área. En la actualidad no hay evidencias concluyentes que respalden el uso de antipsicóticos como rutina en el tratamiento de este tipo de enfermos, a menos que se acepten algunos hallazgos experimentales como definitivos y aplicables al ser humano (18, 26).

Es también posible que el tratamiento actual haya sido reorientado en función de un nuevo diagnóstico, el cual no fue incluido en el registro de la historia clínica en reemplazo del anterior. Sin embargo, es difícil pensar que tantos diagnósticos se hayan cambiado como para afectar los resultados globales.

Por otra parte, el investigador acepta que el diagnóstico clínico es una suerte de resumen de todos los conocimientos que tiene el médico sobre su paciente, de tal manera que inevitablemente se da una cierta sobresimplificación de la realidad. Por lo tanto, es necesaria cierta cautela cuando se pretende establecer una relación entre la terapia farmacológica y el diagnóstico clínico.

#### 4.5. *Psicofármacos más empleados*

Los resultados reflejan el amplio uso de los antiparkinsonianos y las fenotiazinas lo cual está en relación con el tipo de pacientes tratados. Merece una mención aparte el caso de la levomepromazina que, siendo una fenotiazina con propiedades antipsicóticas débiles, goza de mucha aceptación debido a sus efectos sedantes.

Las benzodiazepinas también son utilizadas asiduamente en mérito a sus reconocidas cualidades ansiolíticas e hipnóticas así como al perfil bajo de efectos colaterales y la ausencia de interacciones significativas.

Cuando se necesitó del uso de antidepresivos, se recurrió a los tricíclicos que siguen figurando en la primera línea del arsenal terapéutico.

#### 4.6. *Esquema de tratamiento*

Tal como aparece en la Tabla 3, el primer aspecto observable es el 42.61 o/o de pacientes que recibieron una dosis inicial sin que posteriormente sea reajustada. Se prefiere mantener la dosis inicial e incrementar el número de fármacos en caso de que el paciente no mejore.

En casi un tercio se aprecia el cambio prematuro y radical de la medicina originalmente ensayada, incluso antes de haberse cumplido los primeros 10 días de tratamiento.

Lo aconsejable es comenzar el tratamiento con un solo medicamento y observar la respuesta clínica, incrementando la dosis hasta obtener los beneficios esperados o alcanzar el límite de los efectos tóxicos. Es prudente esperar entre 4 y 12 semanas antes de considerar el cambio de un antipsicótico debido al fracaso terapéutico. De manera similar, los antidepresivos ejercen su acción entre las 4 y 6 semanas de

administración continua (1, 2, 13, 25).

Un elevado porcentaje de pacientes recibió el tratamiento antipsicótico inicial por vía intramuscular, manteniéndosela por más de 48 horas en la amplia mayoría. En principio, la aplicación intramuscular o endovenosa debe reservarse para los pacientes que rehusan sistemáticamente la ingestión del medicamento o que necesitan concentraciones tisulares altas en corto tiempo. El empleo rutinario de la vía parenteral no sólo resulta inapropiado desde el punto de vista farmacológico sino que aumenta las complicaciones y encarece el tratamiento.

En algunos de los centros estudiados, se aprecia un uso creciente de la técnica denominada "neuroleptización rápida". Desafortunadamente, parece ignorarse que es un procedimiento agresivo reservado para situaciones de emergencia y dirigido a evitar la hospitalización del paciente. Es, por definición, un tratamiento intenso y breve que requiere un adecuado adiestramiento y respeto por las indicaciones y riesgos (5, 7).

Usualmente, los pacientes son sometidos a la acción de varias drogas simultáneamente administradas por vía intramuscular, empleándose mecánicamente las combinaciones que incluyen a la prometazina y levomepromazina. Así, se obtiene efectos sedantes y antihistamínicos importantes a expensas de la acción antipsicótica (12, 13).

#### 4.7. Otros

En los pocos pacientes en los que pudo comprobarse la asociación de electroplexia con antipsicóticos no fue posible determinar las razones. Algunas comunicaciones señalan que tal asociación podría ser útil en el tratamiento de ciertos pacientes pero hasta el momento no existen datos concluyentes y, en todo caso, la terapia electroconvulsiva no parece ser superior a los neurolépticos en los pacientes esquizofrénicos (27).

En 27 pacientes se administraba concurrentemente la medicación antipsicótica convencional con las formas de depósitos. Esta es una práctica que carece de sentido a menos que responda a razones de orden farmacocinético en las primeras semanas del tratamiento, durante las cuales el neuroléptico oral alcanza niveles plasmáticos más altos mientras el neuroléptico de depósito progresa lentamente al estado estacionario (15).

Finalmente, todavía se encuentra la prescripción de diazepam por vía intramuscular a pesar de que su absorción es errática alcanzando concentraciones bajas con lentitud (45).

#### 5. COMENTARIO

Es conveniente subrayar que este trabajo de investigación debe ser apreciado dentro de un contexto de promoción al uso racional de los psicofármacos que fuera iniciado algunos años atrás (7, 8, 9, 10).

Nunca quedará suficientemente enfatizado que la apreciación de complicaciones graves con el uso de drogas psicoactivas es una posibilidad siempre latente y que un registro despreocupado de la evolución del paciente tiene implicaciones de carácter médico-legal.

En este trabajo ha quedado claramente establecida la existencia de una discrepancia entre las recomendaciones señaladas en la literatura y la práctica clínica diaria. Así, el nivel de polifarmacia es elevado, la dosis está en el rango de baja a moderada, los antiparkinsonianos se emplean con fines profilácticos en un alto porcentaje de pacientes y el abordaje farmacológico de la psicosis aguda es estereotipado con énfasis en la sedación por vía parenteral. Es evidente la ausencia de criterios estandarizados para el manejo psicofarmacológico, apreciándose una gran variedad de estilos de prescripción entre los psiquiatras de los centros estudiados. Sin embargo, es justo reconocer que estos hallazgos son similares a los comunicados a través de las publicaciones extranjeras.

Finalmente, es necesario reconocer las limitaciones de esta investigación. El análisis de las historias clínicas sólo permite acceder a un área de la problemática que debe ser complementada con entrevistas directas a los médicos tratantes y a sus pacientes, recabando la información que suele estar ausente o restringida en los documentos clínicos habituales. En los estudios fu-

turos sobre el tema, este aspecto debe ser tenido en cuenta porque el conocimiento directo de los pacien-

tes ayuda significativamente en el momento de analizar los resultados (35).

## REFERENCIAS

1. APPLETON, W.S. (1982): Fourth psychoactive drug usage guide. *J. Clin Psychiatry* 43: 12-27.
2. AYD, F.J. (1974): Treatment-resistant patients: A moral, legal and therapeutic challenge. En *Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment*. F.J. Ayd (Ed.). Ayd Medical Communications, Baltimore.
3. BAKER, L., CHENG, L. & AMARA, I. (1983): The withdrawal of bengtropine mesylate in chronic schizophrenic patients. *Br. J Psychiatry* 143: 584-590.
4. BALDESSARINI, R., KATZ, B. & COTTON, P. (1984): Dissimilar dosing with high-potency and low-potency neuroleptics. *Am J Psychiatry* 141: 748-752.
5. BOLLINI, P., ANDREANI, A., COLOMBO, F., et al (1984): High-dose neuroleptics: Uncontrolled clinical practice confirms controlled clinical trials. *Br. J Psychiatry* 144: 25-27.
6. CARTER, G. (1983): The abrupt withdrawal of antiparkinsonian drugs in mentally handicapped patients. *Br J Psychiatry* 142: 166-168.
7. CASTILLO, A. (1981): Neurolépticos: Algunas consideraciones clínicas. *Diagnóstico* 7: 5-8.
8. CASTILLO, A. (1981): Tratamiento psicofarmacológico de la psicosis aguda. *Diagnóstico* 7: 225-228.
9. CASTILLO, A. (1981): Uso racional de los tranquilizantes (ansiolíticos). *Diagnóstico* 8: 69-74.
10. CASTILLO, A. (1984): Nuevas benzodiazepinas. *Diagnóstico* 14: 14-17.
11. CHIEN, C.P. (1981): Psychopharmacology. En *Psychiatric research in practice. Biobehavioral themes*. E. Serafetinides (Ed.). Grune & Stratton, New York.
12. CREESE, I. & Snyder, S. (1978): Behavioral and biochemical properties of the dopamine receptor. En *Psychopharmacology: A generation of progress*. M. Lipton, A. DiMascio & K. Killam (Eds.). Raven Press, New York.
13. DAVIS, J.M. (1980): Antipsychotic drugs. En *Comprehensive textbook of Psychiatry-III*. H. Kaplan, A. Freedman & H. Sadock (Eds.). Williams & Wilkins, Baltimore.
14. DAVIS, J.M., JANICAK, P., CHANG, S. et al. (1982): Recent advances in the pharmacologic treatment of the schizophrenic disorders. *Psychiatry 1982. Annual Review*. L. Grinspoon (Ed.). American Psychiatric Association, Washington.
15. DENCKER, S., MALM, U., JORGENSEN, A., et al. (1980): Clopenthixol and flupenthixol depot preparations in outpatient schizophrenics. En *Depot neuroleptic treatment in schizophrenia*. S. Dencker & K. Elgen (Eds.). Acta Psychiatrica Scandinavica 279: 55-63.
16. DIMASCIO, A. (1971): Toward a more rational use of antiparkinson drugs in psychiatry. *Drug Ther* 1: 23-29.
17. DIMASCIO, A. (1975): Innovate drug administration regimens and

- the economics of mental health care. En *Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment*. F. Ayd (Ed.). Ayd Medical Communications, Baltimore.
18. EPSTEIN, P. & ALTSHULER, H. (1979): Altered response to apomorphine and haloperidol after nine days of cocaine injections. *Pharmac Biochem Behav* 10: 189-193.
  19. FREEMAN, H. (1967): The therapeutic value of combinations of psychotropic drugs: A review *Psychopharmacol Bull* 4: 1-27.
  20. GADA, M., AGRAWAL, B., PRADHAM, P., et al. (1983): Survey of antipsychotic drugs use in India. *Psychopharmacol Bull* 19: 778-780.
  21. GERLACH, J. (1979): Tardive dyskinesia. *Dan Med Bull* 46: 209-245.
  22. GRAM, L. & OVERO, K. (1972): Drug interaction. Inhibiting effect of neuroleptics on metabolism of tricyclic antidepressants in man. *Br Med J* 1: 463-465.
  23. HIPPIUS, H. (1976): The concept of "target symptoms" for drug treatment in psychiatry. En *Advances in the drug therapy of mental illness*. W.H.O., Ginebra.
  24. HOLLISTER, L. (1974): Polypharmacy in psychiatry: Is it necessary, good or bad?. En *Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment*. F.J. Ayd (Ed.). Ayd Medical Communications, Baltimore.
  25. HOLLISTER, L. (1978): *Clinical pharmacology of psychotherapeutic drugs*. Churchill Livingstone, New York.
  26. JARBE, T. (1978): Cocaine as a discriminative cue in rats: Interactions with neuroleptics and other drugs. *Psychopharmacology* 59: 183-187.
  27. KENDELL, H.E. (1981): The present status of electroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry* 139: 265-283.
  28. KLETT, C., POINT, P. & CAFFEY, E. (1972): Evaluating the long-term need for antiparkinsonian drugs by chronic schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 26: 374-379.
  29. KOPERA, H. (1979): Interacciones medicamentosas y efectos anticolinérgicos de la mianserina. En *Mianserina HCL*. Excerpta Medica, Amsterdam.
  30. LINDEN, M., MULLER-OERLINGHAUSEN, B., SCHUSSLER, G., et al. (1983): Dosages and serum levels of amitriptyline in depressed outpatients under routine treatment conditions. Supporting low-dose therapy?. *Psychopharmacol Bull* 19: 106-108.
  31. MALEK-AHMADI, P. & CHAPEL, J. (1976): Tolerance to phenothiazines in schizophrenic patients. *Gen Pharmacol* 7: 377-379.
  32. MARKS, J. (1978): *Benzodiazepines. Use, overuse, misuse, abuse*: MTP Press, Lancaster.
  33. MERLIS, S., BEYEL, V., FIORENTINO, D., et al. (1972): Polypharmacy in psychiatry: Empiricism, efficacy and rationale. En *Current Psychiatric Therapies. Vol. 22*. J.H. Masserman (Ed.). Grune & Stratton, New York.
  34. MICHEL, K., & KOLAKOWSKA, T. (1981): A survey of prescribing psychotropic drugs in two psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 138: 217-221.
  35. MORGAN, R. & GOPALASWAMY, K. (1984): Psychotropic drugs: Another survey of prescribing patterns. *Br J Psychiatry* 144: 298-302.
  36. NORRIS, V. (1959): *Mental illness in London*. Maudsley Monograph No. 6. Oxford University Press, London.
  37. OKUMA, T. (1981): Differential sensitivity to the effects of psychotropic drugs: Psychotics vs normals; asian vs western populations. *Folia Psychiatrica Neurologica Ja-*

- ponica 35: 79-87.
38. PIRODSKY, D. (1982): The rational use of antipsychotic drugs. En *Tardive Dyskinesia and related involuntary movement disorders*. J. De Veauh-Geiss (Ed.). John Wright-PSG, Boston.
39. PRIEN, R., BALTER, M. & CAFFEY, E. (1978): Hospital surveys of prescribing practices with psychotherapeutic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 35: 1271-1275.
40. RAO, R. & COPPEN, A. (1980): Monotherapy for schizophrenia: An experience with haloperidol. En *Haloperidol Update 1958-1980*. F.J. Ayd (Ed.). Ayd Medical Communications, Baltimore.
41. RICKELS, K. (1983): Benzodiazepines in the treatment of anxiety: North American experiences. En *The Benzodiazepines: From molecular biology to clinical practice*. E. Costa (Ed.). Raven Press, New York.
42. RISCH, S., HUEY, L. & JANOWSKY, D. (1979): Plasma levels of tricyclic antidepressants and clinical efficacy: Review of the literature. Part I and Part II. *J Clin Psychiatry* 40: 4-16; 58-69.
43. RIVERA-CALIMLIM, L., GIFT, T., NASRALLAH, H., et al. (1979): Low Plasma levels of Chlorpromazine inpatients chronically treated with neuroleptics. En *Pharmacokinetics of psychoactive drugs: Further studies*. L.A. Gottschalk (Ed.). Spectrum Publications, New York.
44. SANCHEZ, J. (1984): Polifarmacia psiquiátrica. Mal uso y abuso de neurolepticos. Presentado en Jornadas del Hospital Central de Policía, Lima.
45. SHADER, R.I. & GREENBLATT, D.J. (1977): Clinical implications of benzodiazepine pharmacokinetics. *Am J Psychiatry* 134: 652-655.
46. SING, M. & SMITH, J. (1973): Reversal of some therapeutic effects of an antipsychotic agent by an antiparkinsonian drug. *J Nerv Ment Dis* 157: 50-58.
47. SMITH, R., CRAYTON, J., TAMMINGA, C., et al. (1979): Blood levels of neuroleptic drugs, clinical response and plasma prolactin in chronic nonresponding schizophrenic patients. En *The kinetics of psychiatric drugs*. J.C. Schoolar & J.L. Claghorn (Eds.). Brunner-Mazel, New York.
48. YAMAMOTO, J., FUNG, D., LO, S., et al. (1979): Psychopharmacology for Asian Americans and Pacific Islander. *Psychopharmacol: Bul* 15: 29-31.

Dirección Postal:  
Av. Benavides 264 - 203  
Lima 18.