307788

APARTADO

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y DISCIPLINAS CONEXAS

AÑO IX - Nº 1

Imp. y Lito. "STANLEY" — Monjitas 511 — Santiago

11(496-10) p29

EL ELECTROSHOCK EN UN SERVICIO DE AGUDOS DEL MANICOMIO NACIONAL

(Primer Tema Oficial)

Dr. Alfredo Rojas Carvajal

Manicomio Nacional. (Santiago)

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

Dr. ALFREDO ROJAS CARVAJAL
Manicomio Nacional. (Santiago).

EL ELECTROSHOCK EN UN SERVICIO DE AGUDOS DEL MANICOMIO NACIONAL

(Primer Tema Oficial)

El presente informe se refiere a los primeros resultados obtenidos por este método de tratamiento en un servicio de enfermas agudas del Manicomio Nacional y se limita extrictamente a lo que hemos podido observar en cien casos que hemos revisado cuidadosamente y cuyas observaciones clínicas resumidas se acompañan al final.

Como se sabe, el método de Cerletti debe ser considerado dentro del conjunto de los tratamientos por el shock, o sea al lado del método fundamental de Sakel y el de von Meduna. La gran similitud que existe entre este último y el electro-shock (terapia convulsivante) y, principalmente, las importantes ventajas que ofrece el método de Cerletti han hecho que algunos hayan decidido reemplazar al cardiazol por el electro-shock, usando este último en lugar de aquel. Esto ha sucedido también entre nosotros, principalmente por haber coincidido la introducción del electro-shock con la desaparición del mercado de productos farmacéuticos, del pentametilen-tetrazol.

Como se sabe, tanto el método de Sakel como el de von Meduna, fueron introducidos como métodos de tratamiento de la esquizofrenia y después de un corto período en que se discutió sobre las ventajas de uno u otro procedimiento, las opiniones se han hecho ca-

da vez más concordantes en el sentido de que ambos tratamientos no sólo no se excluyen, sino que, necesariamente se complementan, ya que según la expresión sumamente gráfica del propio Sakel "el cardiazol representa la artillería y la insulina es la infantería en la lucha contra la esquizofrenia". Esta opinión coincide exactamente con la experiencia de von Braunmühl en el uso del electro-shock ya que ese investigador sostiene que los éxitos que proporciona el método de Cerletti se consolidan cuando se combina con la terapia insulínica, sin lo cual la proporción de recidivas es mucho más elevada, recomendando en consecuencia como tratamiento de elección de la esquizofrenia el método combinado de insulinoterapia y de electroshock.

Sostienen algunos que en ciertos tipos de psicosis, con fuertes tendencias autopunitivas, melancólicas, mazoquistas, el cardiazol tiene una indicación especial por la sensación intensamente angustiosa que produce su aplicación, lo cual tendría un efecto terapéutico directo del que carecería el electroshock en el cual la vivencia angustiosa no se produce. Nuestra escasa experiencia sobre este punto, no nos permite una opinión fundamentada, pero aún concediendo que esto fuera efectivo, el hecho es que, de todas maneras, el electroshock se impone decididamente sobre el uso del cardiazol por la inmensa ventaja que representa su fácil aplicación casi totalmente exenta de peligros. En mucho más de un millar de aplicaciones en nuestro servicio sólo hemos tenido una luxación del maxilar de muy fácil reducción como único accidente. La posibilidad de actuar terapéuticamente por medio del Shock frustro, sin convulsiones, mediante la aplicación de dosis eléctricas pequeñas, da al método de Cerletti un campo de aplicación muchísimo más vasto que el correspondiente al Cardiazol, campo de aplicación que puede considerarse limitado solamente por la falta de indicaciones clínicas.

Consideramos fuera de indicación los casos de personalidad psicopática sin psicosis, (locura moral, disrítmicos, anancásticos, etc.) los casos de deficiencia mental sin psicosis (oligofrenias), parálisis general progresiva, demensia senil y arterioesclerótica, psicosis orgánicas, lesionales y exotóxicas, encefalitis epidémica o de otra especie, reumatismo cerebral, tumores, etc.

En la epilepsia llamada esencial, sin psicosis, el electroshock puede en algunos casos usarse para provocar artificialmente la descarga, evitando así los peligros de la aparición sorpresiva del ataque. Esto sólo lo hemos practicado en raros casos. Cuando se agrega a la epilepsia la psicosis, generalmente con agitación violenta, el electro-shock tiene una indicación importante como tratamiento catártico de la agitación y en estos casos ha sido para nosotros un recurso de gran valor dentro de la dramática falta de elementos y de recursos en que se desarrolla nuestra labor. Es esta la razón principal por la cual nos hemos visto obligados a usar el electro-shock, larga mano, como recurso sintomático contra la agitación persistente en toda clase de enfermos, convenciéndonos así de su casi absoluta inocuidad y logrando de este modo, evitar en gran parte el uso de la fatídica camisa de fuerza, y obteniendo un resultado que conceptúo decididamente como superior a cualquier método quimioterápico de los que se encuentran a nuestro alcance.

Muchos pueden pensar que mi juicio es temerario al hablar de *casi absoluta inocuidad*, ya que nuestra experiencia no tiene todavía un año de duración y hay quienes temen consecuencias tardías. Sin embargo esta experiencia dura ya más de 4 años en muchos servicios extranjeros y no conocemos los inconvenientes que su uso haya acarreado. El Profesor Mira, cita el caso de un antiguo catatónico que ha recibido ya más de 100 electroshocks, uno semanal, y gracias a ellos se encuentra en condiciones de contactar socialmente. Hasta hoy no conocemos otra consecuencia desagradable que la amnesia transitoria que se observa después de los tratamientos de electro-shock. En relación con el cardiazol se han

SECCION CONTROL Y CATALOGACION

descrito amnesias lagunares tardías y persistentes y esta es por el momento nuestra única preocupación en el sentido de que también se produzcan como resultado del uso del método de Cerletti.

De las consideraciones anteriores se desprende que, en nuestra opinión, y salvo casos muy especiales, el electro-shock debe reemplazar al uso del cardiazol por su eficacia, su fácil manejo y su inocuidad, y, siguiendo las indicaciones de von Braunmühl, debe usarse en la esquizofrenia en forma combinada con la insulinoterapia. Esta ha sido la norma que hemos seguido en nuestro servicio ya que en él tenemos la suerte de disponer de facilidades para el uso del tratamiento con insulina. Sin embargo, cuando estas facilidades no existen, lo que es muy común pues se necesita personal especialmente adiestrado y abundancia de insulina y suero glucosado cuyo costo es elevado, se plantea la conveniencia de usar exclusivamente el electro-shock como tratamiento básico. Sobre este aspecto del problema trata precisamente el informe del Profesor Vivado y el Dr. Núñez.

En cuanto a la forma de tratamiento que usamos en las demás psicosis esquizofrénicas de nuestro relato es el electro-shock desde que se establece el diagnóstico, con la sola excepción de la confusión mental sin agitación o síntomas productivos intensos, y la melancolía estuporosa, en las cuales preferimos iniciar el tratamiento con una cura de desintoxicación, para agregar después el electro-shock frustro, no muy frecuente, por su acción dinamogénica evidente. En los casos en que el electro-shock se manifiesta inoperante, especialmente en la manía, la parafrenia y la melancolía, pero también en la confusión mental, agregamos la insulinoterapia en dosis de shock antes o también a veces suelen ser suficientes pequeñas dosis que no alcancen a provocar el coma hipoglicémico.

La prudencia indispensable que hay que gastar en la apreciación del valor de cualquier método de tratamiento, debe exagerarse cuando este se aplica en el terreno extraordinariamente movible, inseguro y provisorio de la clínica psiquiátrica. Es indispensable tener en cuenta las condiciones en que un tratamiento se efectúa, pues estas condiciones influyen a veces desicivamente sobre los resultados. En el caso del Electro-shock esta interdependencia entre los resultados y las condiciones que acompañan a la realización del tratamiento, es extraordinariamente importante puesto que, talvez en la mayoría de los casos, no constituye más que un factor entre muchos otros, factor muy importante y a veces decisivo, pero que, por la naturaleza misma de los procesos biopatológicos complejísimos que llamamos psicosis, debe ir acompañado de todas aquellas medidas somatoterápicas y psicoterápicas que puedan contribuir a una curación más rápida y más estable.

Las condiciones generales en que se desarrolla nuestra labor son en pocas palabras las siguientes:

1º — Servicio de recepción de enfermas agudas, con capacidad de 50 camas. Sólo se dispone de un baño y de ningún cuarto de aislamiento.

2º — El personal técnico está compuesto por un practicante, una enfermera hospitalaria y un médico psiquiatra.

3º — La ropa a veces escasea en tal forma que hay que suspender los tratamientos de insulinoterapia por falta de ropa de cama.

4º — No diré nada sobre las condiciones del edificio, casi centenario, por ser demasiado conocidas y porque no deseo dramatizar situaciones que, dentro de nuestros servicios, nos son comunes a casi todos.

Dentro de este marco de miseria impresionante que todos Uds. conocen se ha desarrollado la experiencia, cuyos resultados voy a comunicar brevemente y casi sin comentarios.

Los 100 casos tratados y cuyas observaciones he revisado cuidadosamente, están constituídos por los siguientes rubros clínicos:

Esquizofrenias hebefrenocatatónicas	29
Esquizofrenias simples	9
Esquizofrenias paranoídeas	1
Esquizofrenias probablemente reaccionales (por coincidir o estar relacionadas con procesos orgánicos, como el embarazo, parto, puerperio, afecciones orgánicas, etc.)	5
Esquizofrenias asociadas a deficiencia mental	6

En total 50 casos con cuadro clínico esquizofrénico o sea la mitad exacta del total.

En seguida tenemos:

Psicosis maníaco-depresiva forma mamaníaca	17
Psicosis maníaca en una pre-senil	1
Psicosis maníaca en la senilidad	2
Psicosis maníaco-depresiva- forma melancólica	3
Melancolía probablemente reaccional	1
Confusión mental primitiva	8
Confusión mental delirante en oligofrénicas	6
Parafrenias	7
Paranoia	1
Psicosis histérica	2
Psiconeurosis obsesiva	2

Tratamiento de la esquizofrenia. — Como norma general, una vez establecido el diagnóstico, instituimos de inmediato el tratamiento con electro-shock una vez por semana y simultáneamente iniciamos las primeras dosis de insulina que van aumentando diariamente hasta obtener el coma hipoglicémico, el cual se efectúa todos los días menos aquel que se destina al electro-shock. Cuando existe excitación psicomotora persistente el electro-shock se efectúa varias veces por semana y si la intensidad lo requiere, diariamente y hasta dos veces al día, hasta obtener la sedación. En general los días Domingos y festivos el enfermo queda sin tratamiento insulínico, pero muchas veces se toman medidas para que no falte el electro-shock.

Lo corriente es que un tratamiento completo de la esquizofrenia comprenda más o menos 30 comas hipoglicémicos y 10 a 15 electro-shock; esto representa más o menos dos meses de duración.

Cuando se trata de procesos de escasa intensidad, de reciente comienzo y si la respuesta al tratamiento es extraordinariamente favorable solemos hacer curas de menor duración. Por el contrario cuando se trata de casos antiguos y la respuesta al tratamiento es tardía e insuficiente, lo prolongamos hasta 40 o 50 comas según el caso repitiendo también las series de electro-shock hasta 30 o 40 antes de perder toda esperanza. En algunos casos raros en que se observa intolerancia por la insulina o esta tiene contraindicaciones francas, o aún en que el efecto de los comas es manifiestamente desfavorable, limitamos el tratamiento exclusivamente al electro-shock.

Como el análisis de cada observación clínica nos llevaría demasiado tiempo, me limitaré a dar los resultados en términos generales.

De los 50 casos de esquizofrenia tratados obtuvimos 34 remisiones completas, con alta sin signos de psicosis. 29 eran procesos recientes de menos de un año de evolución y 5 eran casos de recidiva con uno o más años de evolución que habían sido tratados anteriormente y habían vuelto a ingresar al servicio.

Los 16 casos restantes los consideramos fracasos; 7 de ellos fracasos absolutos y 9 relativos, o sea, 6 con mejoría parcial y 3 con recaída después de una mejoría completa pero transitoria.

9 casos eran de evolución reciente, inferior a un año y 7 antiguos con más de un año (un caso de 7 años y otros de 9 años de evolución).

Tenemos pues un 68% de fracasos. Son resultados muy semejantes a los que se han obtenido con el tratamiento exclusivo con insulina, que, a nuestro juicio sigue siendo el tratamiento fundamental de la esquizofrenia.

Los efectos del electro-shock son talvez más rápidos e impresionantes, pero son poco durables e incompletos si no se agrega la acción del coma hipoglicémico.

De primordial importancia nos parece en este caso la investigación de las recidivas en el curso de los primeros cinco años que sigan a estas primeras experiencias.

Según las diferentes formas clínicas de la enfermedad, los resultados obtenidos se reparten en la forma siguiente:

	Exitos	*Fracasos*
Esquizofrenias reaccionales probables	5	0
Esquizofrenias paranoídeas	1	0
Esquizofrenias hebefreno-catatónicas	24	4
Esquizofrenias asociadas a oligofrenias	2	4
Esquizofrenias simples	2	7

Como se ve el peor pronóstico parece corresponder a las formas de esquizofrenia o demencia precoz simple, que se caracteriza por la ausencia casi completa de síntomas productivos. El mejor pronóstico pertenece desde luego a la formas reaccionales y a las hebefreno-catatónicas. Mauz estima que un 15% de las psicosis esquizofrénicas siguen un curso catastrófico irremediable, de tal manera que un 85% de éxitos sería la meta a que actualmente puede llegar un tratamiento que reuna todas las condiciones ideales necesarias. Dentro de las condiciones pobrísimas en que se desarrolla nuestra labor un 76% nos parece una cifra altamente satisfactoria. Una intervención lo más precoz y oportuna posible, la mejoría de las condiciones materiales y técnicas que permitan efectuar las diferentes terapias complementarias indispensables (psicoterapia, ergoterapia, ludoterapia, gimnoterapia, etc.) pueden llegar a mejorar aun en forma no despreciable los resultados actuales.

Pero el hecho es que, a pesar de todos los progresos alcanzados, la esquizofrenia sigue siendo, como ha dicho Bayard Holmes, el problema más grande más obscuro y más calamitoso de la salud pública.

Es sabido que cerca de la mitad de la población frenocomial corresponde en todas partes a este diagnóstico. Según el Profesor Mira en España, correspondería al 42%. Si nosotros descartamos los 5 casos de esquizofrenia probablemente reaccional, tendríamos un 45% de esquizofrenias en el total de nuestros casos, proporción que resulta aún más baja en relación con el total de la población del servicio, pues esta se incrementa con todos aquellos casos que no han recibido el tratamiento eléctrico (epilepsias, oligofrenias, etc.).

Pero aún un 40% resulta una proporción impresionante, que debiera hacer meditar a nuestras autoridades sanitarias y médico-sociales e impulsarlas a tomar las medidas indispensables para tratar de prevenir y aminorar sus efectos.

El tratamiento de la psicosis no esquizofrénicas. — Los resultados en este grupo de enfermos han sido muy favorables pues solo tenemos 3 fracasos en un total de 7 parafrenias y 2 recaidas que corresponden a una paranoia y a una psicosis confusional en una oligofrénica. En los otros 45 casos se obtuvo el alta sin psicosis. He aquí el resultado detallado:

	Exitos	*Fracasos*
Psicosis maníacas ciclofrénicas	17	0
Psicosis maníacas seniles	2	0
Psicosis maníacas pre-seniles	1	0
Melancolías ciclofrénicas	3	0
Melancolías reaccional (probable)	1	0
Confusión mental primitiva	8	0
Confusión mental en oligofrénicas	5	1
Parafrenias	4	3
Paranoias	0	1
Psicosis histéricas	2	0
Psiconeurosis obsesivas	2	0

Tenemos pues en este grupo un 90% de éxitos y sólo un 10% de fracasos y si agregáramos al grupo de las psicosis esquizofrénicas los casos de parafrenia y paranoia, tendríamos un 98% de éxitos y 2% de fracasos para este grupo de afecciones no esquizofrénicas.

Si consideramos el conjunto de nuestras cien observaciones tenemos un 79% de éxitos y un 21% de fracasos, correspondiendo 20 de estos 21 casos negativos a las psicosis esquizofrénicas, incluídas las parafrenias y paranoias.

El significado práctico de estas cifras es que, gracias a los modernos tratamiento por el shock un servicio psiquiátrico de agudos puede utilizar sus camas 4 veces en el año, con un promedio de estada no superior a 3 meses por enfermo y con un 80% de altas y un 20% de traslados a servicios de crónicos. Es el resultado obtenido en mi servicio, en el cual con 50 camas hemos atendido en el último año 214 enfermas. En el año anterior al empleo del electro-shock el número de enfermas atendidas fué solamente de 182.

Para terminar, sólo deseo hacer presente el inmenso alivio que para el personal de mi servicio, que en forma anónima y sacrificada sobrelleva una carga muy superior a los medios y recursos que se le proporcionan, ha significado este nuevo método de tratamiento del electro-shock y hacemos votos para que a breve plazo cada servicio psiquiátrico de agudos pueda disponer de este recurso indispensable. Los resultados obtenidos lo justifican, incluso desde el punto de vista económico, ya que así el rendimiento del servicio aumenta por la disminución del período de hospitalización de los enfermos y por la más alta proporción de éxitos terapéuticos.

VISITACION
de IMPRENTAS y BIBLIOTECAS
FEB 12 1945
DEPOSITO LEGAL

SECCION CONTROL
Y
CATALOGACION
BIBLIOTECA NACIONAL

BIBLIOTECA NACIONAL
BIB... ...LENA
SECCION CHILENA