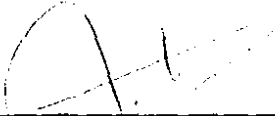


11241

11241

2 ej 3



DR. JOSE G. MERCADO VERDIN.
COORDINADOR DE LA
INVESTIGACION.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN



Vo. Bo.



20-II-89



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	Pag
1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES	3
3.- JUSTIFICACION	12
4.- OBJETIVOS	12
5.- METODO:	12
6.- DISEÑO	13
7.- RESULTADOS	14
8.- CONCLUSIONES	23
9.- BIBLIOGRAFIA	27

I N T R O D U C C I O N .

Las sales de litio tienen una vieja historia de aplicaciones terapéuticas inútiles, a veces peligrosas, se utilizaron por primera vez en medicina a mitad del siglo pasado para tratar la gota, considerando que la sal del litio del ácido úrico era la más soluble. Luego se utilizó el bromuro de litio cuando aún tenían importancia los bromuros inorgánicos como sedantes y antiepilépticos.

A finales de la década de los cuarentas, una vez comprobado que una disminución en el líquido salino (cloruro de sodio) de la dieta resultaba beneficiosa en los hipertensos, empleándose el cloruro de litio como sustituto de la sal. Habiendo como consecuencia muchos casos de intoxicación, incluso de muerte a consecuencia de tales aplicaciones. Hasta que en 1949 Gade descubre el efecto antimaniaco del litio y posteriormente Scheu en 1957 lo estudió farmacológicamente.

Los primeros estudios en nuestro país los realizó el Dr. Nieto 1963 lo cual contribuyó para afirmar su efectividad terapéutica.

El litio siendo un metabolito simple y sin metabolismo alguno, aún no se conoce claramente su efecto terapéutico, el cual probablemente este relacionado con la modificación de electrolitos (Ca , Mg , K , P , Na) y los neurotransmisores.

res (NA, DA, Acetil colina y serotonina). Se distribuye en los espacios intra y extracelulares y se comporta a nivel de la membrana como el sodio y el potasio.

Se ha utilizado para un sin fin de padecimientos con resultados dudosos. Sólo se ha comprobado su eficacia como tratamiento preventivo de la psicosis maníaca. Pudiéndose aplicar a pacientes de cualquier edad y sexo, respetando las indicaciones para su prescripción.

A pesar de su eficacia y de ser un medicamento ampliamente conocido, no ha podido generalizarse su uso para todos los casos de manía, usándose de manera arbitraria e irregular.

En el presente estudio se hará una revisión de expedientes clínicos de pacientes maníacos, para conocer el manejo que han tenido dichos sujetos y saber si se sigue una metodología en su uso.

USO DE LITIO EN PACIENTES CON TRANSTORNO AFECTIVO MANIACO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY B. ALVAREZ"

El litio es un catión monovalente. Los primeros trabajos de investigación al respecto fueron realizados por John Cade (Psiquiatra Australiano) 1949. (56) Al darse cuenta del efecto particular que producía el urato de Litio en el caballo y de trasponerlo a los maníacos de su servicio. Poniendo de esta manera en evidencia el efecto curativo del litio. Posteriormente el Psiquiatra danés Scheu detecta su efecto profiláctico desarrollando una metodología que culmina con las indicaciones y la técnica que conocemos actualmente (55,40).

INDICACIONES:

Se ha utilizado en el acceso maníaco, estado depresivo como profiláctico de los trastornos periódicos del humor (psicosis maniaco depresiva). En algunos estudios se ha visto que ha mejorado los síntomas maníacos que se presentan en enfermos epilépticos sin necesidad de utilizar anticónciosales (14).

La dosis recomendada es de 300 a 900 mg x día para obtener niveles terapéuticos de .5 a 1.5 mEq/lt (18).

FARMACOCINETICA:

Después de la administración oral se reabsorbe por el tubo digestivo. La tasa plasmática máxima se obtiene de 30' a 2 hrs. después de la toma del litio. En sangre el litio no se une a proteínas plasmáticas, lo que facilita su difusión en el agua total y en los compartimientos extra e intracelulares. Penetra en diversos tejidos a velocidades que varían según los órganos (siendo superiores para el corazón y el riñón). A nivel del sistema nervioso la penetración es lenta y las tasas intracerebrales del catión son muy inferiores a las observadas en otros órganos. Después de una hora de su administración se obtienen las concentraciones plasmáticas máximas, se requiere

de 24 a 48 hrs. para obtener las concentraciones cerebrales máximas. Penetra fácilmente la barrera placentaria, se elimina esencialmente por vía renal (95%). Después de algunos días de su administración, del 70 al 100% de la dosis administrada se encuentra en la orina. La filtración renal del litio es de alrededor de 15 a 30 ml x min. Tiende a disminuir con la edad y depende del aporte sódico (los regímenes hiposódicos disminuyen la filtración), toda pérdida sódica se acompaña de un aumento en la litemia (56,18,54).

PRECAUCIONES: Deben conocerse los límites y los inconvenientes del litio, por lo que:

-Deberá mantenerse una vigilancia que haga la terapéutica eficaz pero aceptable y que evite los accidentes previsibles, en particular la intoxicación por sobredosis progresiva, cuyo pronóstico puede ser mortal.

- Hacer que el paciente se comprometa con su padecimiento para que colabore adecuadamente. (56)

- Las contraindicaciones son relativas, ya que no hay una toxicidad directa para las sales de litio, esto solo es posible cuando hay sobredosis, siendo sus principales manifestaciones a nivel neurológico. Pudiendo ocurrir por dos mecanismos. Si la eliminación renal del litio está reducida por una insuficiencia renal, o si se prescribe un régimen sin sal o de diuréticos que tienen como punto en común disminuir la reabsorción tubular del sodio, y en consecuencia favorecer la del litio que es competitiva. Por lo anterior deben tomarse precauciones con enfermos con insuficiencia renal, cardíaca y en algunos regímenes.

- Las contraindicaciones habituales; son la no colaboración del paciente, ya sea por negativa a tomar el medicamento o por no comprender las exigencias ligadas al tratamiento con litio.

- La insuficiencia cardíaca descompensada y las afecciones renales severas.

- La insuficiencia renal que no puede ser regularmente vigilada y el hipotireoidismo patente antes de cualquier comienzo de tratamiento.
- Los 3 primeros meses del embarazo y lactancia. (11,17).
- Un balance previo clínico y biológico permite verificar el buen estado cardíaco (ECG), renal (azotemia, glicemia, ionograma sanguíneo: Cl, Na, K, P, Mg, Ca. Filtración de creatinina y uricemia) urinario, tiroideo y hematológico.
- El seguimiento debe estar basado tanto en el laboratorio como en la clínica, lo cual implica que el paciente sea examinado regularmente. Algunas reglas higiénico-dietéticas sencillas deben guardarse: No a los regímenes sin sal; No a los diuréticos y compensación de las pérdidas hídricas. Debe tomarse en cuenta que algunos medicamentos modifican la eliminación renal del litio; la indometacina y la fenilbutazona aumentan la litemia, los corticoides, la teofilina, el haldol, la clorimipramina y la clorpromazina disminuyen la litemia.

EFECTOS SECUNDARIOS:

Pueden aparecer desde los primeros días, persistiendo en general durante algunas semanas, su intensidad dependerá de la dosis y de las características clínicas del paciente. (30)

-**Digestivas:** Pueden aparecer náuseas, vómitos ocasionales, dolores digestivos, flatulencia. Ocasionalmente modificación del tránsito intestinal con deposiciones blandas y a veces diarrea.

-**Neurológicas:** Temblor fino en extremidades, es frecuente encontrarlo cuando los niveles sanguíneos de litio alcanzan los valores terapéuticos. Hay sensación de debilidad muscular discreta y transitoria que puede llegar hasta una verdadera miopatía funcional.

-**Síndrome poliuro-polidipsico:** El enfermo presenta sed intensa, con aumento de la eliminación urinaria, este es más evidente después de cada aumento de posología.

- Psicoemocionales y generales: Se asocia con una sensación de adinamía y de fatiga, así como de trastornos de la memoria.

Estos efectos secundarios son la prueba precoz de la impregnación por las sales de litio y están más ó menos en relación con la toma del medicamento. Su intensidad es variable. Teniendo su máxima intensidad una hora después de cada toma y ligada al "pico" de los niveles sanguíneos. Estos trastornos desaparecen, se atenúan ó se estabilizan en algunas semanas (6,8, 5).

Lo anterior puede persistir ó presentarse de manera tardía, teniendo una intensidad variable según el enfermo:

- El temblor es el efecto secundario que persiste más frecuentemente, se localiza en los miembros superiores, aumenta con la emoción y la fatiga. Teniendo una intensidad variable durante el día. Puede favorecer la presencia de contracturas ó fasciculaciones.

- La importancia del síndrome poliuro-polidipsico es variable pero puede ser molesto. La polidipsia se limita a una sensación de sed y se asocia con poliuria. Habiendo pacientes que han alcanzado diuresis de 5 a 10 l. x día. Puede favorecer incontinencia diurna ó nocturna (20).

- El aumento ponderal es en general moderado (3 a 5 Kg) pudiendo llegar en algunas ocasiones a 10 ó 15 Kg. Al parecer las características físicas y clínicas del paciente juegan un papel importante en el desarrollo de este tipo de obesidad. Esta se hace evidente en algunas semanas y retrocede progresivamente en el curso de un año.

RIESGOS PREVISIBLES:

Constituyen uno de los límites de esta terapéutica, cuando sobrevienen hay que considerar la suspensión del tratamiento.

- Insuficiencia tiroidea y bocio: Puede haber bajo el tratamiento

te con litio, una degeneración infraclínica de la función tiroidea. Este hipotiroidismo se limita a anomalías biológicas, acompañándose de un bocio de volumen moderado, con síntomas funcionales de hipotiroidismo. En ocasiones se ha advertido la presencia de tiroiditis de Hashimoto, ya que se han encontrado anticuerpos antitiroideos pero no de manera sistemática, por lo que los estudios existentes al respecto son poco concluyentes. Ocasionalmente ha sido necesario practicar tireoidectomía en los sujetos afectados.

- Desde los primeros estudios en 1949 se hablaba de la posibilidad de una alteración renal lesional, pero esto fué puesto en duda y posteriormente rechazado, reconociéndose solamente la anomalía funcional ligada al síndrome poliuria-polidipsia, que puede adquirir según su intensidad el carácter de una diabetes insípida. La alteración funcional renal está en relación con la fisiología de la hormona antidiurética (tubo colector) por inactivación del AMP cíclico. Se ha planteado que puede llegar a presentarse una nefropatía intersticial. Las modificaciones renales ocurren del 10 al 20% de la población tratada. La pérdida hídrica podría ser el origen de una deshidratación, que reduce la filtración del litio y favorece la intoxicación por acumulación.

/ Los efectos diabéticos son debidos al aporte aumentado de bebidas azucaradas, para compensar la poliuria, pudiendo ocasionar desequilibrio del balance hidrocárbado.

ACCIDENTES PREVISIBLES: Estos pueden ser evitados conociendo los inconvenientes del litio.

- Posee una discreta acción teratógena, produciendo alteraciones al producto a nivel de corazón y grandes vasos. Por lo que debe suspenderse desde antes de la concepción y reinstalarse si es necesario a partir del cuarto mes. Si esto ocurre debe realizarse control sanguíneo frecuente ya que en la segunda parte del embarazo la filtración de creatinina aumenta, pudiendo aumentar

también la del litio, este se normaliza en el momento del parto por lo que sería conveniente aumentar su dosificación antes del parto y disminuirla después. Está contraindicada la lactancia debido a que el litio pasa a la leche materna. (6)

- La intoxicación por sobredosis es el riesgo más preocupante ya que puede ser mortal. Puede evitarse si se respetan las condiciones habituales del tratamiento. Para una intoxicación siempre hay una causa y síntomas anunciadores.

La intoxicación y sus grados sobreviene cuando la ingestión de litio sobrepasa las posibilidades de eliminación acumulándose como consecuencia en los tejidos. Esto sobreviene después de una sobredosis masiva (autólisis) como a raíz de un error de adaptación de la posología ó de una restricción sédica. Este ocurre de manera excepcional, ya que antes de esto hay presencia de sintomatología florida, náuseas, vómito, diarrea, temblor de extremidades, confusión mental, disartría y signos electrocardiográficos.

La intoxicación confirmada se presenta con coma vigil temblor importante, hipertensión con hiperreflexia, mioclonías y crisis cólicas. Este cuadro puede evolucionar hacia la muerte con coma prolongado por anuria y desfallecimiento circulatorio. Los niveles sanguíneos alcanzan 2 mEq/lit. los enfermos que se restablecen no presentan secuelas. Pero se han visto algunas lesiones cerebrales persistentes. El tratamiento de la intoxicación exige la supresión inmediata del litio y la internación del enfermo en un servicio de cuidados especiales.

ACCIDENTES IMPREVISIBLES:

Están ligados a su escasa frecuencia.

- Se han visto algunos casos de adenomas tiroideos con hipercalcemias e hipersecreción de parathormona bajo tratamiento con litio. La presencia de adenoma es una indicación operatoria. Puede deberse a un posible mecanismo competitivo del litio con los re-

ceptores cálcicos (1,7,23).

- Induce modificaciones sanguíneas en la fórmula blanca que han sido aprovechadas en casos no psiquiátricos, tales como el S. de Felty, las neutropenias consecutivas a radiaciones y/o quimioterapias y en aplasias medulares. Se han reportado dos casos de leucemia aguda, probablemente debidos a los mecanismos de acción hematológicos del litio que estimulan in vitro la síntesis de CSF (Colony Stimulating factor).

- Se ha observado presencia de nistagmus primario durante las primeras semanas de tratamiento que se corrige al suspender este. Es un hallazgo ocasional. (9)

- Se reporta un caso de alopecia areata después de las primeras semanas de tratamiento, no reversible con la suspensión del litio. Se ignora el posible mecanismo de acción. (32)

La eficacia de la terapéutica depende de la buena indicación al prescribirlo. Si su estado psiquiátrico exige su mantenimiento y se encuentra alguna alteración tiroidea ó una diabetes insípida, debe asociarse la terapéutica específica para estos padecimientos y continuar la terapia con litio. (19)

Debe recordarse que puede presentarse un solo brote de manía en la vida del sujeto, por lo que debe administrarse - en personas que presenten un segundo brote ó que tengan 2 internamientos en el lapso de dos años. En ocasiones debe ser tomado de por vida. Sobre todo en pacientes que presenten varios accesos. Cuando el diagnóstico es acertado y se suspende el tratamiento después de varios años de uso, generalmente vuelve a presentarse la sintomatología del inicio la terapia con litio presenta un éxito del 70 al 90% (9,10).

Se ha encontrado que el litio no produce tolerancia ó dependencia, no tiene efecto alguno sobre el estado de ánimo normal sino que actúa solo en variaciones anormales del afecto.

La estabilización del humor durante la terapia con litio es total y permanente para algunos teniendo a su favor que se utiliza como monoterapia. El restablecimiento es casi total y cubre la mayor parte del año. Las recaídas se presentan pero más esporádicas más atenuadas y sensibles a terapéuticas asociadas con anti-depresivos tricíclicos ó a neurolepticos a dosis bajas. (17)

Las oscilaciones del humor persisten pero se atenúan la nueva situación creada por el litio realiza un proceso terapéutico que no se limita a la desaparición de las fases distintas observándose efectos psicológicos debidos a la estabilización lograda la cuál aumenta la confianza en el medicamento, la adherencia al tratamiento y la manera como lo viven el paciente y su entorno familiar.

En ocasiones la disminución de la atención, la concentración las alteraciones de la memoria inmediata se convierten en las quejas más importantes.

Algunos hipomaníacos creativos, se quejan de disminución en su productividad (pintores, excultores, comediantes) ya que favorece cierto aplanamiento afectivo, mal aceptados por ellos que dicen por esto perder su personalidad (12). El litio parece disminuir la agresividad y favorecer la adaptación social en todos los pacientes, mejorando la calidad de vida familiar y sus relaciones interpersonales.

Después de iniciado el tratamiento, el primer año se vuelve un período de espera marcado por la obsesión de una recaída.

- el segundo año; es un período de observación marcado por la recuperación de aptitudes psicológicas que parecen debilitadas
- En el tercer año la estabilización tímica persiste induciendo una reacción psicológica a la normalidad, olvidándose de la enfermedad y aumentando su confianza en el tratamiento.

El asentimiento del paciente a la terapéutica y su

colaboración varían en función del tipo de personalidad que tengan y de la evolución del padecimiento durante el tratamiento, así como de la eficacia que observa y la intensidad de los efectos colaterales.

Es importante mencionar que la enfermedad maniaco-depresiva afecta a pacientes que son durante la mayor parte de su vida perfectamente normales y terriblemente desdichados por que el regreso de los accesos destroza su existencia, arruina su carrera y altera gravemente su vida familiar. (J. SUTTER)

Las sales de litio han transformado radicalmente esta evolución para sustituirla por una estabilización a veces una "cura" que debería prestarse a todos los pacientes que lo requieran, sin que sea el privilegio de unos cuantos, ya que ha probado ser un tratamiento útil, seguro, barato, de fácil administración que puede emplearse en personas de cualquier edad con sus debidas precauciones (56).

JUSTIFICACION:

Se ha encontrado que el litio es un potente regulador del humor, que no produce tolerancia ó dependencia alguna. Se utiliza eficazmente como monoterapia, obteniéndose con él restablecimiento casi total de los episodios maníaco-depresivos. Las recaídas que se presentan durante la terapia con litio son más esporádicas atenuadas y sensibles a terapéuticas asociadas a antidepresivos tricíclicos ó a neurolépticos a dosis bajas. Es barato de fácil adquisición, se administra por vía oral y es seguro y efectivo en pacientes de cualquier edad tomando las debidas precauciones. Lo anterior podría reducir la necesidad de internamiento lo cual traería beneficios para el paciente, para la institución y para la sociedad.

OBJETIVOS:

Conocer el uso de litio en el Hospital Psiquiátrico "Pray Bernardino Alvarez" en un grupo de pacientes con diagnóstico de Transtorno Afectivo Maníaco, tratando de encontrar datos que apoyen su uso como medicamento de elección en este tipo de trastorno.

METODO:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Participaran en el estudio 80 sujetos. La información será tomada de los expedientes clínicos de pacientes que hayan acudido a la consulta de Urgencias en el período comprendido de Enero-86' a Diciembre-86' que hayan recibido diagnóstico de Transtorno Afectivo Maníaco que reúnan los criterios del DSMIII para dicho trastorno. Describiendo en ellos el manejo farmacológico, de los que hayan sido manejados con litio se mencionará sí este se administró: durante el episodio de enfermedad ó en

la remisión, dosis utilizada, si se realizarán exámenes de laboratorio previos, litemias y el curso clínico de la enfermedad. Criterios de inclusión: Se tomarán todos los pacientes, independientemente de la edad y el sexo que reúnan los criterios del DSMIII para transtorno Afectivo Maníaco, sin importar el tipo de tratamiento que haya recibido.

Criterios de Exclusión: Serán excluidos del estudio aquellos que no reúnan los criterios del DSMIII para Transtorno Afectivo Maníaco.

VARIABLES: Se hará referencia al sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad.

Después de recolectada la información se procederá a agruparles de la siguiente forma:

Edad: 19-30a. 31 a 45a. más de 45a.

Estado Civil: Soltero, casado, divorciados, viudos.

Ocupación: TECNICOS: Aquellos que hayan estudiado carreras cortas ó que desempeñen algún oficio a este nivel; por ejem: electromecánico, secretaria, maestra. Comerciantes, Hogar, campesinos, licenciatura ó ninguna ocupación.

ESCOLARIDAD: Primaria completa, incompleta, secundaria, preparatoria, técnicos, licenciatura y analfabetas. Serán colocados en el grado máximo que hayan alcanzado; ejem; lo. sec solo se reconoce primaria completa. lo. Preparatoria; solo se toma en cuenta secundaria.

LUGAR DE PROCEDENCIA: Se hará referencia al lugar del que proceden.

Posteriormente se realizará el porcentaje que corresponde cada uno de los resultados.

R E S U L T A D O S .

En los expedientes revisados se encontró la siguiente información:

La mayor parte de los pacientes eran mujeres 59 en total con edades que fluctuaban de los 19 a los 64 años. 21 del total de 80 pacientes eran hombres con edades que oscilaban de los 24 a los 63 a.

En cuanto al estado civil las mujeres eran su mayoría solteras 6 casadas siendo un total de 24 de las 59 que eran en total, para las primeras y 25 para las casadas, hubo 9 divorciadas y una viuda. Los hombres fueron en su mayoría solteros resultando en total 13 de 21 y 6 casados, un viudo y un divorciado.

En la escolaridad encontramos : Primaria incompleta 26 de un total de 80 pac. primaria completa; 16. Secundaria 11 sujetos. Preparatoria: 9 . Técnicos: 20 y solo 2 de los pacientes tenían estudios de licenciatura. Uno solo de los 80 pacientes era analfabeta.

La ocupación de los pacientes reportó lo siguiente: 21 de ellos eran técnicos (del total de 80 sujetos) 29 se dedicaban a las labores del hogar, 24 de ellos no realizaba actividad alguna, 3 comerciantes, 3 campesinos, uno ejercía su profesión (médico criminólogo) y uno de ellos era estudiante.

La procedencia de los pacientes era en su mayoría del Distrito Federal con un total de 43 sujetos de un total de 80, le seguía el Estado de México con 21 sujetos, 5 procedían del estado de Morelos, 3 del estado de Hidalgo y 3 del estado de Veracruz, dos del estado de Querétaro, y Tlaxcala y Guerrero con un paciente para cada estado.

Del total de pacientes revisados (80) un total de 37 pacientes había recibido litio en algún momento de su padecimiento 28 de ellos eran mujeres y 9 hombres. Por lo regular el

litio fué administrado después del 2º. ó 3er. brote de manía, a dosis que variaban de 300 a 900 mg x día. Solo a 27 de los 37 pacientes manejados con litio se les practicó exámenes de laboratorio previos, y 9 pacientes de los 37 que usaron litio, se les practicó litemia, encontrando dos de los títulos por de bajo de los niveles de eficacia (.37 y .28 mEq/lit.) debido a la administración en el primero de una dosis de 600 mg x día y en el otro dosis de litio de 300 mg. x día.

Se encontró que en la mayor parte de los casos al presentarse un cuadro agudo de manía, el litio era suspendido, de inmediato y era reemplazado por HALDOL a dosis de 15 a 30 mg x día, y SINOGAN 75 mg x día. La mayor parte de las veces había necesidad de hospitalización continuando con el mismo maneje terapéutico, en solo 20 pacientes se reinstalo nuevamente el litio durante el período de remisión y sí volvía a presentar una nueva recaída nuevamente era substituido por HALDOL (HALOPERIDOL) a las dosis antes señaladas y SINOGAN (LEVOMEPRONAZINA).

Los pacientes que tenían recaídas múltiples y con pobre respuesta al tratamiento con litio y neurolépticos, se utilizó carbamazepina, aplicándose a 16 pacientes de 37 que utilizaron litio, a dosis de 150 a 300 mg, en combinación con litio ó con neurolépticos ó ambos (2 pacientes) con pobres resultados.

Actualmente 12 pacientes estan siendo manejados con litio de ellos 9 son mujeres y 3 hombres, con dosis que van de los 600 a los 900 mg x día. De ellos solo a 7 se le practicaron exámenes previos a la terapia con litio y 4 tienen en este momento resultado de niveles sanguíneos del medicamento, una de las litemias está por debajo de los niveles eficaces (.37 mEq/lit). Solo dos lo utilizan como monoterapia, otros 2 la usan en combinación con carbamazepina y 8 de ellos en combina-

ción con neurolépticos (Haloperidol). Llana la atención que
dos mujeres de 50 años una de ellas con diabetes mellitus, son
manejadas con litio a dosis de 900 mg x día, y mujeres más je-
venes sin problemas degenerativos aparentes son manejadas con
dosis de litio de 600 mg x día.

E D A D .

	No.	PORCENTAJE.
19- 30 a.	5	6.25 %
31- 45 a.	12	15 %
45 y más	4	5 %

M U J E R E S .

19-30 a.	15 -	18.7 %
31-45 a.	28	35 %
45 y más	16	20 %

ESTADO CIVIL.

	Nº	PORCENTAJE
SOLTEROS	37	46.2 %
CASADOS	30	37.5 %
DIVORCIADOS	9	11.2 %
VIUDOS:	2	.4 %

ESCOLARIDAD .

GRADO	Nº.	PORCENTAJE.
PRIMARIA INCOMPLETA.	26	32.5 %
PRIMARIA COMPLETA.	16	20 %
SECUNDARIA.	11	13.9 %
PREPARATORIA.	9	11.2 %
CARRERA TECNICA	20	25 %
LICENCIATURA::	2	2.5 %
ANALFABETA	1	1.25 %

O C U P A C I O N .

	N ^o .	PORCENTAJE.
NINGUNA	24	30 %
TECNICOS	21	26.2 %
HOGAR	29	36.2 %
COMERCIANTES	3	3.75 %
CAMPESINOS	3	3.75 %
ESTUDIANTES	1	1.25 %
PROFESIONISTAS	1	1.25 %

LUGAR DE PROCEDENCIA.

LUGAR	No.	PORCENTAJE.
MEXICO, D.F.	43	37.5 %
ESTADO DE MEXICO	21	26.5 %
MORELOS	5	6.25 %
HIDALGO	3	3.75 %
VERACRUZ	3	3.75 %
QUERETARO	2	2.5 %
GUERRERO	1	1.25 %
TLAXCALA	1	1.25 %

**PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO MANIACO QUE RECIBEN
ACTUALMENTE TRATAMIENTO A BASE DE LITIO.**

SEXO	EDAD	DOSIS	LITEMIAS	EXAMENES DE LABORATORIO (CONTROL)
FEM	48	600 mg/día	NO	NO
MASC	33	600 mg/día	NO	NO
MASC	37	900 mg/día	NO	NO
FEM	32	900 mg/día	.8 mEq/l	EGO, QS.
FEM	47	900 mg/día	NO	EGO, QS
MASC	63	600 mg/día	NO	EGO, QS
FEM	50	900 Mg/día	.9 mEq/l	NO
FEM	50	900 Mg/día	NO	EGO, QS.
FEM	38	600 mg/día	.37mEq/l	EGO, QS
FEM	25	600 mg/día	NO	NO
FEM	26	900 mg/día	NO	EGO, QS
FEM	19	900 mg/día	.8 mEq/l	EGO, QS

NOTA: De ellos solo 2 pacientes usarán carbonato de litio como terapéutica única. Otros 2 en combinación con Carbamazepina a dosis de 150 a 300 mg. Y 8 en combinación con NLP (Haldol) a dosis de 10 a 20 mg.

M O D O D E E M P L E O
D E L I T I O.

(37 pacientes 46.2%)

CUANDO SE ADMINISTRA	DOSIS	TIEMPO DE ADMÓN.	RAZONES P/ SUSPENDERLO	CUANTAS VECES.	ITEMIAS & EXAMENES P.
REMISION 2e.	600 mg	3 y 5 m.	RECAIDA	2	BH, QS, EGO
REMISION 2e.	900 mg	2 y 6 m	RECAIDA	2	.8 mEq/1 2 vcs.
REMISION 3er.	900 mg	1a. 3m, 5m.	RECAIDA	3	No
REMISION 2e.	600 mg	7 m.	RECAIDA	1	No
REMISION 2e.	900 mg	3 m.	RECAIDA	2	No
REMISION 2e.	900 mg	2m. 4m.	RECAIDA	2	BH, QS, EGO.
REMISION 2e.	600 mg	4m. 6m.	RECAIDA	2	BH, QS, EGO.
REMISION 3er.	900 mg	5 m.	RECAIDA	1	No
REMISION 1er.	600 mg	3 a.			BH, QS, EGO.
REMISION 6e.	900 mg	1 a.	RECAIDA	1	No
REMISION 2e.	900 mg	5 d.	DESCONOCIDA	1	No
REMISION 4e.	900 mg	6m. 2m 1a.,	RECAIDA	3	No
REMISION 6e.	900 mg	2m. 3a.	RECAIDA	2	1.2 mEq/lt.
REMISION 1er.	900 mg	1.5a.	RECAIDA	1	BH, QS, EGO.
REMISION 3er.	600 mg	6 m.	RECAIDA	1	No
REMISION 2e.	600 mg	2a. 1a. 6m.	RECAIDAS	3	.37 mEq/lt.
REMISION 2e.	900 mg	2m. 4m.	DESCONOCIDA	2	No
REMISION 2e.	900 mg	15 d.	DESCONOCIDA	1	No
REMISION 2e.	900 mg	6m.	RECAIDA	1	No
REMISION 3er.	900 mg	6m. 4m. 6m	RECAIDA	3	BH, QS, EGO
REMISION 2e.	900 mg	6m.	RECAIDA	2	No
REMISION 1er.	900 mg	2a.			.8 mEq/1
REMISION 2e.	900 mg	6m	DESCONOCIDA	1	No
REMISION 2e.	900 mg	3m. 6m.	RECAIDA	2	.5 mEq/L
REMISION 4e.	600 mg	3 m.	DESCONOCIDA	1	No
REMISION 3er	600 mg	6m. 1a.	RECAIDA	6	No
REMISION 7e.	600 mg	4m. 6m.	RECAIDA	2	BH, QS, EGO.
REMISION 2e.	900 mg	1a. 6m.	RECAIDA	2	No
REMISION 2e.	900 mg	1a		1	.9 mEq/1
REMISION 3er.	900 mg	1.5a, 6m.	RECAIDA	2	No
REMISION 4e.	300 mg	4 m.	RECAIDA	1	No
REMISION 3er.	900 mg	2a.			No
REMISION 3er	900 mg	1a.	RECAIDA	1	BH, QS, EGO
REMISION 2e.	600 mg	6m. 1a.	RECAIDA	2	No
REMISION 4e.	900 mg	2m. 4m	DESCONOCIDA	2	No
REMISION 1e.	900 mg	1a. 6m.	RECAIDA	2	No
REMISION 2e.	300 mg	2 m.	RECAIDA	1	No

NOTA: Los números colocados a la derecha de remisión corresponden al número de brote psicótico durante el cual fué administrada la terapia a base de litio. Las letras minúsculas m. a. d. se refieren a meses, años y días, los espacios en blanco a que no hubo recaída.

	NUMERO	PORCENTAJE
PACIENTES QUE RECIBIERON LITIO DEL TOTAL ESTUDIADO. (MUESTRA: 80 EXPEDIENTES)	37	46.2%

DE LOS PACIENTES MANEJADOS CON LITIO.

LO RECIBIERON EN EL PERIODO AGUDO.	0	0%
LO RECIBIERON DESPUES DEL PERIODO AGUDO.	20	43.2%
HAN CONTINUADO SU MANEJO.	12	25.9%

C O N C L U S I O N .

Los resultados del estudio muestran que el litio se utiliza con relativa frecuencia en pacientes cuyas edades oscilaron de los 19 a los 63 años. En muy pocos de ellos se practicaron exámenes de laboratorio previos a la administración de litio, para comprobar el estado clínico óptimo del paciente; cuando se administró no hubo control a través de litemias periódicas para conocer los niveles sanguíneos que manejaban los pacientes con las dosis administradas. Algunos autores refieren que basta con vigilar el estado clínico y los síntomas que puedan presentarse secundariamente al uso de litio, ó bien la remisión y el control del cuadro maniaco, pero es importante vigilar los niveles sanguíneos alcanzados debido a que estos nos permiten saber si el medicamento está dando realmente resultados eficaces. O si la remisión alcanzada es parte de la evolución del padecimiento y esta se hubiera presentado aún sin la administración del litio.

Se observa que no se toman de manera regular exámenes de laboratorio para conocer la función renal durante el tratamiento con litio, ya que dicha función es determinante para que los niveles sanguíneos del medicamento sean adecuados, si hay falla renal puede incluso llegar a presentarse una intoxicación con acumulación de litio, de resultados fatales, ya que se elimina fundamentalmente por esta vía. Esto no se practica

aún en personas de edad avanzada ó con enfermedades crónicas degenerativa agregada.

Cuando se instala el tratamiento y se presenta alguna recaída esta hace que el litio se suspenda y el paciente sea manejado con neurolépticos a dosis elevadas. En ninguno de los pa-cientes estudiados se mantuvo el litio durante el cuadro agudo, después de que el cuadro ha remitido no se reinstala el litio y si los cuadros son de repetición frecuente 1 ó 2 por año llega a utilizarse la carbamazepina por su efecto antimaníaco en substitución del litio.

En este momento de los pacientes que están siendo ma-nejados con litio sólo 2 de 12 se manejan con monoterapia, el reste lo hacen en combinación con Halóel ó carbamazepina.

llama la atención que ha pesar de los múltiples es-quemata terapéuticos utilizados en los pacientes del estudio; HA-LOPERIDOL-LITIO, LITIO CARBAMAZEPINA, LITIO-CARBAMAZEPINA Y HALO-PERIDOL, MELLERII-CARBAMAZEPINA, no se han obtenido resultados sa-tisfactorios con ninguno de ellos, ya que solo 3 pacientes de la muestra de 80 han respondido adecuadamente al tratamiento, proba-blemente aquí tendrían que valorarse otros factores que pueden in-fluir en una evolución incierta como podría ser:

- Falta de adherencia al tratamiento administrado por parte de los pacientes.
- El hecho de que los pacientes acuden a este Hospital donde se

les brinda servicio asistencial que de acuerdo con la demanda que traiga, será el personal que le atienda pudiendo cambiar el punto de vista de cada uno de ellos dependiendo del momento en que le vean. Así por ejemplo: si llega a Urgencias será visto como alguien que necesita estar tranquilo, sin datos de psicosis para que pueda ser manejado fácilmente por sus familiares ó por el personal médico que le atienda; considerando en ese momento la necesidad de cambiar la terapéutica por algo más incisivo. Diferente es que llegue a consulta externa con un cuadro en remisión después de un internamiento del que sale asintomático con buena respuesta a un tratamiento "X"; por falta de tiempo ó por comodidad no se hace una valoración adecuada del caso y solo se continúa el tratamiento de egreso, permaneciendo así hasta que algún médico avispaó considera conveniente la administración del litio por las características del cuadro; pero ocurre que meses después el paciente presenta una nueva recaída y se repite nuevamente la historia.... Es evidente que no se podría lograr que un paciente "X" sea visto por determinado médico que conozca el caso y que este perfectamente enterado de su evolución. Por las características mismas de la asistencia hospitalaria este no es posible.

- Lo que sí podría intentarse es que se unificaran criterios acerca del transtorno que nos ocupa, para que el paciente "X" - sea lo mismo para cualquier médico que le atienda independientemente del servicio por el que pase. Y que los criterios terapéu

ticos se lograran uniformar, de manera que pudiera evitarse este ir y venir de múltiples medicamentos administrados, que a quien menos benefician es al paciente.

Es evidente que en los pacientes del estudio el litio se aplicó sin método, sin el deseo de conocer cómo andaba la función renal del paciente? Si toleraría el medicamento ó no? Qué niveles sanguíneos podrían alcanzarse con la dosis administrada? Y sin pensar en la posibilidad de complicaciones durante el tratamiento. los resultados estan a la vista, pocos pacientes han podido ser controlados con monoterapia con litio ó con otros medicamentos, y de los que lo han logrado quedará la duda de si fué por la "inocuidad" del litio ó por el buen tino del médico que los prescribe.

B I B L I O G R A P H I A .

- 1.- Jaffe RT ; Kutcher
Thyroid function and bipolar affective disorder.
Psychiatry Res 1988 Aug; 25(2): 117-21
- 2.- Shelley RK
Lithium toxicity and mefenamic acid. A possible interaction and
the role of prostaglandin inhibition.
Br J Psychiatry 1987 Dec;151:847-8
- 3.- Williams DP ; Treest BT
Lithium induced downbeat nystagmus.
Arch Neurol 1988 Sep; 45 (9): 1022-3
- 4.- Scheu M
Lithium in manic-depressive illness: pluses, pitfalls and pers-
pectives.
Psychopharmacol Ser 1988 5;140-6
- 5.- Larsen EW ; Richalson E
Organic causes of mixed mania.
J Affective Disord 1988 Jul-Aug;15(1):9-15
- 6.- Priam RF ; Himmelhoch JM
Treatment of mixed mania.
REVIEW ARTICLE: 86 REFS.
Mayo Clin Proc 1988 Sep;63(9):906-12
- 7.- Leroy MC ; Villemueve A
Lithium thyroid function and antithyroid antibodies.
Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1988;12(4);483-90
- 8.- Hitzemann R ; Kao I ;
Lithium transport in human fibroblasts: relationship to RBC li-
thium transport and psychiatric diagnoses
Psychiatry Res 1988 Jun 24(3);337-44
- 9.- Maarbjergs K ; Aagaard J
Adherence to lithium prophylaxis: I. Clinical predictor and pa-
tient's reasons for nonadherence.
Pharmacopsychiatry 1988 May;21(3):121-5
- 10.- Carney PA ; Seggie J ; Vejstachevsky M
Bipolar patient taking lithium have increased dark adaptation
threshold compared with controls.
Pharmacopsychiatry 1988 May;21(3):117-20

- 11.- Stewart DE
Prophylactic lithium in postpartum affective psychosis.
J Nerv Ment Dis 1988 Aug;176(8):485-9
- 12.- Cochran SD ; Gitlin MJ
Attitudinal correlates of lithium compliance in bipolar affective disorders.
J Nerv Ment Dis 1988: Aug 176 (8):457-64
- 13.- Wulsin L ; Sachep M
Group therapy in manic-depressive illness.
Am J Psychiatry 1988 Apr;42(?) ;263-71.
- 14.- Joyce PR
Carbamazepine in rapid cycling bipolar affective disorder.
Int Clin Psychopharmacol 1988 Apr;3(2):123-9
- 15.- Small JG ; Klapper MH
Electroconvulsive treatment compared with lithium in the management of manic states.
Arch Gen Psychiatry 1988 Aug;45(8):727-32.
- 16.- Ebstein RP ; Lerer B
Lithium modulation of second messenger signal amplification in man: inhibition of phosphatidylinositol-specific phospholipase C and adenylate cyclase activity.
Psychiatry Res 1988 Apr;24 (1):45-52
- 17.- Jhonstone RC ; Crow :
The Northwick Park functional psychosis study: diagnosis and treatment response.
Lancet 1988 Jul 16(2) (8603):119-25
- 18.- Alda M
Method for prediction of serum lithium levels.
Biol Psychiatry 1988 Jun;24(2):218-24
- 19.- Black DW; Winokur G
Predictors of immediate response in the treatment of mania: the importance of comorbidity
Biol Psychiatry 1988 Jun;24(2):191-8
- 20.- Thomsen K ; Scheu M
Distinction between proximal and distal regulation of sodium and potassium excretion in humans.
Clin Nephrol 1988 Jan;29(1):12-8
- 21.- Shukla S Mukherjes
Lithium in the treatment of bipolar disorders associated with e-

- 22.- Balon R ; Yeragani VK ; Pohl RB ; Gerson S
lithium discontinuation: withdrawal or relapse?
REVIEW ARTICLE: 33 REFS.
Compr Psychiatry 1988 May-Jun; 29(3) : 330-4
- 23.- Joyce FR ; Sellman JD ; Donald RA
The unipolar-bipolar depressive dichotomy and the relationship
between afternoon prolactin and cortisol levels.
J Affective Disord 1988 Mar-Apr;14(2):189-93
- 24.- Cheng YC ; Yip FK ; Chiu YN
Severe generalized polyneuropathy in lithium intoxication.
Eur Neurol 1988;28(1):39-41
- 25.- Santella RN ; Rimmer JM ; MacPherson BR
Focal segmental glomerulosclerosis in patients receiving lithium
carbonate.
Am J Med 1988 May;84(5):951-4
- 26.- Waddington JI ; Youssef HA
Tardive dyskinesia in bipolar affective disorder: aging, cognitive
dysfunction, course of illness, and exposure to neuroleptics and
lithium
Am J Psychiatry 1988 May;145(5):613-6
- 27.- Joffe RT
Hematological effects of lithium potentiation of carbamazepine
in patient with affective illness
Int Clin Psychopharmacol 1988 Jan;3(1):53-7
- 28.- Stern SI ; Brandt JT ; Hurley RS ; Stegno SJ
Serum and red cell folate concentrations in outpatients receiving
lithium carbonate.
Int Clin Psychopharmacol 1988 Jan; 3(1):49-52
- 29.- Effect of 5 hydroxytryptophan on H-reflex recovery curves in nor-
mal subjects and patients with affective disorders.
Biol Psychiatry 1988 Mar 15;23 (6):602-11
- 30.- Smith SJ ; Koenen RS
A Creutzfeldt-Jakob like syndrome due to lithium toxicity.
J Neurol Neurosurg Psychiatry 1988 Jan;51(1):120-3
- 31.- Sussan VI ; Adzenisio G
Recurrence of neuroleptic malignant syndrome.
REVIEW ARTICLE 41 REFS
J Nerv Ment Dis 1988 Apr;176(4):234-41

- 32.- Silvestri A ; Santonastase P ; Paggiarin D
Alopecia areata during lithium therapy: a case report.
Gen Hosp Psychiatry 1988 Jan; 10(1)46-8
- 33.- Wher Ta ; Sack DA ; Rosenthal NE
Rapid cycling affective disorder: contributing factors and treatment response in 51 patients.
Am J Psychiatry 1988 Feb; 145(2):179-84
- 34.- Amsterdam JD; Rybakowski J ; Gattlieb J ;
Kinetics of erythrocyte lithium-sodium countertransport in patients with affective illness before and during lithium therapy.
J Affective Disord 1988 Jan-Feb;14(1):75-81
- 35.- Aronson TA ; Shukla S ; Hoff
Proposed delusional depression subtypes: preliminary evidence from a retrospective study of phenomenology and treatment course.
J Affective Disord 1988 Jan-Feb;14(1)69-74
- 36.- Stewart JT ; Homshat RH
Bipolar illness following traumatic brain injury: Treatment with lithium and carbamazepine.
J Clin Psychiatry 1988 Feb;49(2):74-5
- 37.- Casey DA ; Fitzgerald BA
Manic and pseudodementia.
J Clin Psychiatry 1988 Feb;49(2):73-4
- 38.- Jefferson JW
Lithium tremor and caffeine intake: two cases of drinking loss and shaking more.
J Clin Psychiatry 1988 Feb;49(2):72-3
- 39.- Zissek S
Cyclic 48-hour unipolar depression.
J Nerv Ment Dis 1988 Jan;176(1):53-6
- 40.- Ronald R ; Fieve MD
Lithium in Psychiatry.
Int J Psychiatry 1980 Feb;(1):375-427
- 41.- Debra L ; Ackerman MS ; James W
The lithium index: An Innovative Approach to Consultation by Computer.
Am J Psychiatry 141:3 , March 1984