

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

abordaje del paciente con
síntomas psicóticos.
Paciente con esquizofrenia



Actividad Avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 24/2009



SEAFORMEC
Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada

Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,4 créditos equivalentes a 2 horas lectivas**



Nº Registro: 0330/03/2009

Abordaje del paciente con síntomas psicóticos. Paciente con esquizofrenia

AUTORES

Mónica Lasso de la Vega Martínez
Médico de familia. C. S. Casco Viejo
(Vitoria-Gasteiz)

M^a Jesús Mendaza De la Hoz
Médico de familia. C. S. Casco Viejo
(Vitoria-Gasteiz)

Teresa Esparza Otero
Médico de familia. C. S. Casco Viejo
(Vitoria-Gasteiz)

Natasha Miskovic Karacsonyi
Médico Residente en MFYC. C. S.
Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz)

COORDINADOR

Sergio Gimenez Basallote
Médico de Familia. Sociedad Española de
Médicos de Atención Primaria (SEMergen).
Centro de Salud del Limonar. Málaga

Introducción

El abordaje de un paciente con alteraciones mentales es complicado por las implicaciones que ello tiene para él mismo y la gente que le rodea. No solemos tener problemas a la hora de derivar a un paciente a oftalmología, ginecología,... o a cualquier especialidad que no sea psiquiatría, es más, a veces la dificultad radica en no derivarle, pero cuando se trata de la especialidad de salud

mental, nos planteamos el cómo enfocarlo, como decirlo, sin que el paciente y la familia se sientan mal o nos contesten un "pero si yo no estoy loco". Además es muy difícil obtener una idea consensuada sobre lo que es la normalidad y establecer sus límites dentro de la salud mental.

Una definición de esquizofrenia es la de un cuadro de origen desconocido, que se caracteriza por síntomas psicóticos que deterioran el funcionamiento y afectan al pensamiento, a los afectos y a la conducta. Es crónico, y suele tener una fase de pródromos, una fase activa y una residual, con posible remisión.

A pesar de ser una de las enfermedades más estudiada, su etiología sigue siendo desconocida. Se defiende la existencia de elementos genéticos, bioquímicos y/o cognitivos, que hacen que un individuo esté predispuesto a desarrollar un cuadro psicótico frente a situaciones vitales estresantes o bien tras el consumo de ciertas sustancias estimulantes del sistema nervioso central.

Caso clínico

A.I.L., paciente de 27 años de edad, llega a la consulta para revisión de baja laboral debido a ansiedad. Le acompaña la mujer, que nos cuenta que ha presentado en los últimos meses un cambio de carácter muy brusco. Inicialmente pensaba que era debido a ciertos cambios acaecidos en la empresa a consecuencia de la crisis, pero ahora no habla con ella, ni con los familiares y amigos, se irrita fácilmente, realiza dibujos extraños y según sus compañeros ha disminuido su eficacia laboral. Su mujer

nos comenta que su marido nota que la gente le observa de manera extraña, como si supieran que le van a echar del trabajo y que a veces en la calle escucha sonidos que no proceden de alrededor sino de su mismo cerebro, y que aunque intenta quitarlos de la cabeza, no puede, y en algunos momentos interfieren en las conversaciones que tiene con ella misma. Sabe que no son reales, aunque esta situación está aumentando su grado de ansiedad e insomnio.

Una vez que la mujer nos ha puesto "al corriente", intentamos establecer con él alguna conversación, pues aunque reafirma con la cabeza lo que comenta su esposa, queremos saber algunas cosas más. Preguntamos que tipo de actividades realiza o si permanece tiempo aburrido en casa. Él nos comenta que se dedica a buscar en internet diferentes especies de plantas carnívoras, que cuidados necesita, y que aunque no tiene ninguna, le llaman sumamente la atención. Queremos saber si tiene un comportamiento violento, y nos dice que sobre todo cuando no puede dormir por la noche, enciende el ordenador y se pone a buscar cosas en Internet. Le preguntamos cómo reacciona su mujer a esas horas, y nos dice que a él le da igual, que a veces discute con ella, cosa que nunca había hecho hasta ahora, y que pensándolo bien lo siente como que alguien actuara por él. Sigue comentando que en su trabajo diario le insinuaban que se quedaba dormido, cosa que no era cierto y que parecía que todos estaban en su contra. Prefiere estar solo, y además su mujer se empeña en que se cambie de ropa: "¿para qué?, si es más cómodo estar en pijama, total si no viene nadie a casa y si viene yo me quedo en la habitación, sólo, callado, como si no estuviese ". Nos damos cuenta que tiene un lenguaje pobre, vago y lento.

Intentamos explicarles algo sobre la enfermedad y como en la esquizofrenia las cuatro funciones mentales básicas (sentir, pensar, percibir y comportarse) tienden a desequilibrarse y por ello el que la padece puede perder el contacto con la realidad. Esto hace que oigan o vean cosas que no están allí o que tengan ideas raras de por

Tabla 1 | Criterios diagnósticos de esquizofrenia

Criterio A: necesitamos 2 o más síntomas durante un periodo mayor a un mes de los siguientes:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado o incoherente
- Conductas catatónicas o gravemente desorganizadas
- Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia, abulia,...

Criterio B: disfunción sociolaboral, con deterioro de las relaciones interpersonales y de la actividad social y laboral por la aparición de la enfermedad.

Tomado de: Manual de habilidades en salud mental para médicos generales

qué pasan las cosas. Por eso él padece alucinaciones, escucha voces que le dicen que tiene que hacer o le comentan lo que hace.

Discusión

La esquizofrenia no tiene signos ni síntomas patognomónicos ni anomalías de laboratorio. El diagnóstico es esencialmente clínico, basado en una correcta anamnesis y una cuidadosa exploración del estado mental.

El diagnóstico de esquizofrenia lo podemos realizar de manera sindrómica. Existen 2 criterios (Tabla 1):

Nuestro paciente cumple claramente el criterio B.

Al encontrarnos con un paciente en su primer brote psicótico, le hemos de realizar una serie de pruebas complementarias para descartar patología orgánica como analítica general y consumo de tóxicos.

Posteriormente hemos de realizar una exploración neurológica básica, que en este caso no nos demuestra alteraciones, el paciente niega consumo de tóxicos y el resto de analítica general es normal, por lo que dejamos el TAC cerebral y la batería de pruebas neuropsicológicas que se suelen realizar a nivel de especialista.

Le vamos comentando la sospecha de que pueda ser una enfermedad mental, siendo importante que el paciente nos comente todas las dudas que se le plantean a

Tabla 2 | Criterios de derivación al especialista

- Ante un nuevo brote del trastorno psicótico.
- Aparición de depresión o manía de forma conjunta con síntomas psicóticos, que pueda necesitar otro tratamiento, por lo que sería recomendable una consulta especializada para aclarar el diagnóstico y comenzar el mejor tratamiento posible.
- Agitación peligrosa tanto para el paciente como para sus familiares y la comunidad, subsidiaria de una estrecha supervisión o internamiento.
- Aparición de efectos extrapiramidales graves, fiebre, rigidez o hipertensión. Habría que suspender la medicación antipsicótica y remitir al enfermo al especialista.

Tomado de: *Manual de Habilidades en salud mental*

él y a la familia, y al mismo tiempo nos informe de todo aquello que el considere anormal.

Empezamos tratamiento con flunitrazepam 2 mg y risperidona en dosis de 6 mg/día por vía oral y quedamos en una semana si todo va bien para ver resultados.

Hay quien considera conveniente la derivación al especialista (Tabla 2) por ser un brote inicial, pero de momento decidimos esperar a las pruebas y evolución con la medicación.

Tenemos que tener especial cuidado en informarle de los posibles efectos secundarios que le puede producir la medicación. Insistir en que ceden habitualmente al paso de los días, pero que si no puede sobrellevarlos no suspenda la medicación sin habernos consultado antes.

Al regresar a consulta, el paciente comenta que duerme mejor y que las voces no son tan intensas como antes. La mujer nos cuenta que ha estado consultando sobre la enfermedad y que presenta un estado de preocupación y de miedo. Insistimos en lo importante de aceptar la enfermedad y de saber cómo convivir con ella, comentamos igualmente que el equipo de salud mental y el de atención primaria estarán siempre dispuestos a ayudar, ofertándoles unas pautas a él y a la familia para poder afrontar el reto de la enfermedad (Ver tabla 3).

Existen unas pautas necesarias para que la enfermedad evolucione mejor:

Tabla 3 | Pautas de oferta a la familia de pacientes con esquizofrenia

- Valorar y garantizar la seguridad del paciente y de aquellos que le cuidan
- No hacer discusiones sobre los contenidos psicóticos del pensamiento. Aunque no se esté de acuerdo con las creencias del paciente no se debe intentar convencerle.
- Evitar confrontaciones o críticas si no es absolutamente necesario para prevenir un comportamiento aberrante o perjudicial
- Reducir en lo posible las situaciones estresantes o estimulantes
- Exigir demasiado al enfermo puede serle perjudicial, por lo que debe permitirse a los pacientes un funcionamiento razonable en el trabajo y en otras actividades cotidianas.

Tomado de: *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria*

- Tomar la medicación e indicar al paciente las siguientes premisas: posiblemente la tengas que tomar durante toda la vida Te ayudara a encontrarte bien. Nunca la dejes por tu cuenta. Si tienes efectos secundarios no dudes en llamarnos. Si te encuentras mejor no la dejes. Es la que te ayuda a encontrarte bien y a que no tengas recaídas. Al ser el primer brote, la duración del tratamiento será al menos de 1 a 2 años. En pacientes con MULTIPLES episodios será al menos de 5 años. En pacientes PELIGROSOS, en cualquier episodio, será de forma indefinida.
- Debes dormir como mínimo 8 horas continuadas durante la noche.
- No utilizar ningún tipo de estimulante (marihuana, anfetaminas,...), interfieren con la medicación y además pueden provocar recaídas.
- No ingerir bebidas alcohólicas.
- Comer el mínimo posible de alimentos que contengan harinas o azúcar blanco.
- Procurar la relación personal con más de una persona. Por tu enfermedad es común la tendencia a aislarse. Una forma de evitarlo es cuidar tu aseo, forma de vestir, apariencia y comportamiento Es muy importante para la recuperación y estabilización de la enfermedad. Evitar vivir en soledad.

Tabla 4 | Indicaciones de buen y mal pronóstico**BUEN PRONOSTICO**

- Inicio tardío
- Factores precipitantes obvios
- Inicio agudo
- Buena adaptación social, sexual y laboral premórbida.
- Síntomas del trastorno del ánimo
- Buenos sistemas de apoyo
- Síntomas positivos

MAL PRONOSTICO

- Inicio precoz
- No hay factores precipitantes
- Inicio insidiosos
- Escasa adaptación sexual y laboral premórbida
- Aislamiento, conducta autista
- Soltero, divorciado o viudo.
- Historia familiar de esquizofrenia
- Pocos sistemas de apoyo
- Síntomas negativos.
- Signos y síntomas neurológicos
- Historia de dificultades perinatales
- Ninguna remisión en 3 años
- Múltiples recaídas
- Historia de violencia

Tomado de: *Sinopsis de psiquiatría*

- Realizar diariamente ejercicio físico moderado.

Les explicamos a la familia y al paciente que en principio su episodio es considerado de buen pronóstico basándonos en los criterios de la tabla adjunta (Tabla 4).

Aprovechando la implicación que se ha tomado la familia, se les informa de la posibilidad de realizar terapia psicoeducativa en la que se incluyan:

Reforzar los factores protectores de las recaídas:

- Conocer la enfermedad
- Importancia de la toma de tratamiento
- Reconocimiento de los pródromos anunciadores de nueva recaída
- Mejorar el clima emocional familiar
- Reforzar la autonomía

Disminuir factores de riesgo que son:

- abandono de la medicación
- clima familiar de alta emotividad, tendente a la crítica y descalificación
- sobreprotección excesiva
- consumo de alcohol y drogas.

Los pacientes y sus familiares tienen gran necesidad de información y el derecho a que esta les sea dada, para así eliminar prejuicios, mejorar el cumplimiento terapéutico y reducir el riesgo de las recaídas. Dicha necesidad no se cubre de forma satisfactoria en las condiciones clínicas habituales, por lo que la utilización de medidas psicoeducativas adicionales constituirá una ayuda decisiva, con las ventajas que conlleva como:

- Incremento del cumplimiento terapéutico
- Reducción de los índices de recidivas y readmisiones
- Mejora de la calidad de vida
- Reducción del coste de la esquizofrenia.

Bibliografía

- Semg. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. GSK, 2003
- Cervera Enguix, Salvador; Conde López, Valentin; y otros; Manual del residente de psiquiatría, litofinter, s a; 1997.
- Harold I. Kaplan, Benjamn J. Sadock. Sinopsis de psiquiatra, 8° edición, 1999 Editorial Medica Panamericana.
- Palao Vidal, Diego J., Marquez Rowe, Manel, Jódar Ortega, Inmaculada. Guía psiquiátrica en atención primaria. Litofinter, s.a. 1996
- Bobes Garcia, julio, Bousoño García, Manuel, Gonzalez García-Portilla, Paz. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria . 2° ed. I. Gofer 97.
- Real Perez, Miguel Ángel, Real Perez Marta. Habilidades en salud mental. Modulo 2.luzan 5, S.A. de ediciones