



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

LA IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

THE IMPORTANCE OF THE COMPREHENSIVE VISION OF THE PATIENT IN THE PSYCHIATRIC CONSULTATION

Sandra Quirós Herranz ,María Amparo González Yago , Alejandro Álvarez Hernández , Silvia Cañas Jiménez , Belén del Carmen Alemán Gutiérrez , Jonay Francisco Herrera Rodríguez

Sandra_qh@yahoo.es

Psiquiatría, corticoides, iatrogenia, integral

Psychiatry, corticosteroids, iatrogenesis, comprehensive

RESUMEN

Mujer de 64 años en seguimiento de larga data por trastorno por ideas delirantes. Reciente diagnóstico de linfoma NH estadio IV-A en tratamiento.

Acude a cita de seguimiento. Ideación delirante encapsulada, sin embargo, se queja de irritabilidad, insomnio, hiperfagia e ideas de muerte presentando una exploración nada habitual en ella. A nivel físico llama la atención el enrojecimiento facial, cuello de búfalo e importante inquietud psicomotriz.

Se repasa el tratamiento farmacológico con ella sospechando posible iatrogenia al constatar la toma errónea de 100mg de dexametasona diarios desde hace aproximadamente un mes. Se realiza interconsulta al servicio de hematología quienes ajustan tratamiento produciéndose de forma progresiva la remisión del cuadro.

Con este caso se pretende señalar, además de los ya conocidos posibles efectos iatrógenos de determinados fármacos en la psicopatología del usuario de recursos de salud mental, la necesidad de no perder la perspectiva de una visión integral y multidisciplinar en la consulta de la unidad de salud mental.

LA IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

ABSTRACT

64-year-old woman in long-term follow-up for delusional disorder. Recent diagnosis of stage IV-A NH lymphoma under treatment. Go to a follow-up appointment. Encapsulated delusional ideation, however, complains of irritability, insomnia, hyperphagia, and ideas of death, presenting an unusual examination. On a physical level, the facial redness, buffalo neck and important psychomotor restlessness are striking. The pharmacological treatment is reviewed with her, suspecting possible iatrogenesis when noting the wrong intake of 100mg of dexamethasone daily for about a month. The hematology service is consulted and they adjust the treatment, progressively producing the remission of the condition. This case aims to point out, in addition to the already known possible iatrogenic effects of certain drugs in the psychopathology of the user of mental health resources, the need not to lose the perspective of a comprehensive and multidisciplinary vision in the consultation of the health unit mental.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una mujer de 64 años en seguimiento de larga data en nuestro servicio por trastorno por ideas delirantes persistentes (CIE10: F22). A nivel orgánico recibe reciente diagnóstico de linfoma no Hodgkin folicular estadio IV-A para el que se encuentra en tratamiento activo.

Acude a cita de seguimiento, buena cumplidora tanto en lo que respecta al plan farmacológico como en la adherencia a las citas en nuestra unidad de salud mental. Durante el curso evolutivo se ha conseguido una ideación delirante encapsulada, sin embargo, se queja de irritabilidad, insomnio, hiperfagia e ideas de muerte presentando una exploración nada habitual en ella. A nivel físico llama la atención el enrojecimiento facial, cuello de búfalo e importante inquietud psicomotriz.

Se repasa el tratamiento farmacológico con ella sospechando posible iatrogenia al constatar la toma errónea de 100mg de dexametasona diarios desde hace aproximadamente un mes. Se realiza interconsulta al servicio de hematología quienes ajustan tratamiento produciéndose de forma progresiva la remisión del cuadro.

LA IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

Con este caso se pretende señalar, además de los ya conocidos posibles efectos iatrógenos de determinados fármacos en la psicopatología del usuario de recursos de salud mental, la necesidad de no perder la perspectiva de una visión integral y multidisciplinar en la consulta de la unidad de salud mental.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Irritabilidad, insomnio, hiperfagia e ideas de muerte.

Antecedentes personales

Mujer de 64 años. Casada y madre de tres hijos. Convive con su marido y una de sus hijas. Laboralmente inactiva desde hace más de diez años, se dedicó a la agricultura. Actualmente es independiente para todas las actividades basales de la vida diaria.

Como antecedentes médicos reseñables, además del ya mencionado linfoma, presenta *Diabetes Mellitus* tipo II y dislipidemia. En lo que respecta al consumo de tóxicos es fumadora activa de más de cuarenta cigarrillos al día negando consumo de otros.

Tratamiento activo con: atorvastatina 40mg 0-0-1, empaglifozina 25mg 0-1-0, metformina 1000mg/sitagliptina 50mg 1-0-1 y omeprazol 20mg 1-0-0.

Tratamiento oncológico con: rituximab subcutáneo cada dos meses durante dos años. Dexametasona 100mg/24h.

Recibe diagnóstico de trastorno por ideas delirantes persistentes (CIE10: F22) hace más de veinte años, un ingreso en unidad de internamiento breve hace diez en el que se mantiene diagnóstico.

Tratamiento psicofarmacológico activo con: sertralina 100mg 1-0-0, quetiapina 100mg 0-0-1, quetiapina 300mg 0-0-1, clotiapina 40mg 0-0-1 y clonazepam 0.5mg si precisa por ansiedad o insomnio.

Antecedentes familiares

No.

LA IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

Enfermedad actual

La paciente acude a su cita programada en salud mental acompañada por su marido. Presenta empeoramiento afectivo brusco sin detonante aparente, hiperfagia e insomnio de tipo mixto, ansiosa. Ideas de muerte ocasionales que "deja pasar" porque tiene esperanza en mejorar. No ideación autolítica estructurada. Buen afrontamiento al diagnóstico oncológico.

Se ajusta tratamiento mediante pauta de alivio sintomático con diazepam 10mg, pero viendo que tiene en el tratamiento dosis elevadas de corticoides, se sospecha que sean causa de esta descompensación no habitual en ella por lo que se remite a control por hematología y médico de atención primaria. Igualmente se informa de la conveniencia de acudir al servicio de urgencias en el caso de intensificación de la clínica algo que hace en la misma tarde de la consulta. Allí se realiza interconsulta con el servicio de urgencias de hematología quienes constatan la toma de dosis elevadas de corticoides ya que la paciente sigue tal cual el tratamiento "que le explicaron" y ajustan tratamiento siguiendo pauta descendente progresiva ya que pasadas las fases iniciales del cuadro no existen criterios de continuidad.

Exploración física

Enrojecimiento y edema facial, sudoración, cuello de búfalo, inquietud no siendo capaz de sentarse en la silla.

Exploración funciones psíquicas

Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora. Aspecto físico ya referido. Angustiado. Discurso adecuado en forma y contenido, pero centrado en su malestar físico. Disfórica. No clínica de la esfera psicótica. No agresividad aunque sí tiene temor a perder el control sobre sus impulsos. Ideas de muerte debido al malestar, pero sin intencionalidad autolítica por el momento aunque condiciona que aparezcan o no a la resolución del cuadro actual. Juicio de realidad conservado.

Informe del laboratorio, test y pruebas realizadas

En el servicio de urgencias analítica dentro de la normalidad y en orina tóxicos únicamente positivos para benzodicepinas.

LA IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

Diagnósticos diferenciales

a. Descompensación de psicopatología de base: en ningún momento se pone en primer plano la ideación delirante ni se sugieren conductas que puedan hacernos pensar en ello. Tampoco presenta clínica que sugiera un trastorno afectivo mayor *per se*.

b. Intoxicación/abstinencia por sustancias psicoactivas: dados los antecedentes de la paciente la sospecha es baja así como en orina se ofertan los resultados ya mencionados.

Diagnóstico definitivo

Efecto iatrógeno de corticoides.

Tratamiento, terapias aplicadas

Se inicia descenso según se recomienda desde el servicio de hematología de pauta con corticoides.

Evolución

Mejoría progresiva de la clínica hasta alcanzar la remisión del cuadro aproximadamente al mes y medio de su diagnóstico. Por lo que a los psicofármacos se refiere se realiza descenso hasta retirada de diazepam inicialmente pautado.

Actualización sobre el tema

Es por todos conocido el efecto de los corticoides en el organismo y la necesidad de supervisión y revisión periódica de su pertinencia ya que a largo plazo los efectos, en todas las formas de administración posible incluyendo la tópica, pueden incluir efectos indeseables, llegar al desarrollo de un Síndrome de Cushing o incluso a la supresión del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal.

No obstante no nos gustaría que el caso quedara únicamente en los efectos biológicos si no, haciendo mención al título, lo importante que es no dejar al individuo como únicamente un usuario de nuestra especialidad, si no tener una visión integral e integrada que si no se hubiera tenido en cuenta en esa consulta probablemente no se hubiera conseguido, al menos en el menor tiempo posible, la remisión del cuadro.

LA IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

En ocasiones, la gran mayoría de nuestros pacientes de salud mental, quedan encasillados y "etiquetados" en eso pasando desapercibidas otras posibilidades de que precisan el lema bien conocido de "descarte de organicidad".

BIBLIOGRAFÍA

1. Raftu, M. de la Rosa García, A. Sánchez Garrido, I. Sánchez Martínez, L. Hernando Benito, G. Hernández, G. López-Pintor, RM. Síndrome de Cushing exógeno: a propósito de un caso clínico. *Cient. Dent.* 2019; 16; 3; 231-236
2. Decani S, Federighi V, Baruzzi E, Sardella A, Lodi G. Iatrogenic Cushing's syndrome and topical steroid therapy: case series and review of the literature. *J Dermatolog Treat* 2013; 25 (6): 495-500.
3. Gutierrez J, Latorre G, Campuzano G. Síndrome de Cushing. *Medicina & Laboratorio* 2009; 15 (9): 411-30.