



ELLOS NO HAN ENTRADO CONMIGO AL MÉDICO

Manuel Martínez-Carlón Bueso, Miriam Fueyo Estévez, Cecilia Calero Mora, Natividad Mejías Simarro

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain.

alatraste2009@hotmail.com

RESUMEN

La esquizofrenia es una de las enfermedades capitales dentro de la psiquiatría, desde siempre objeto de atención y estudio a lo largo de la historia. Se trata de una enfermedad de carácter crónico, que debuta entre la segunda y tercera década de vida y que produce un deterioro significativo en la mayoría de los aspectos funcionales y cognitivos de las personas que la padecen. Presentamos un caso de un primer brote psicótico en una paciente de 16 años con antecedentes familiares de madre diagnosticada de tr. Bipolar. La paciente es traída por sus padres al servicio de urgencias por un cuadro de un mes de evolución de negativa a la ingesta. Una vez descartada mediante TAC cerebral y analítica general y de orina patología orgánica es valorada por psiquiatría. A la exploración psicopatológica destaca inhibición psicomotriz, bloqueo del pensamiento, alteraciones de la sensopercepción en forma de voces intrapsíquicas imperativas y fenómenos de difusión del pensamiento. Durante la entrevista manifiesta que no se atreve a comer porque se lo prohíben las voces, aunque refiere que en el hospital se encuentra algo más aliviada puesto que “ellos no han entrado al médico, se han quedado fuera en la calle” La paciente fue diagnosticada de brote psicótico, y tras seguimiento de su evolución, de Esquizofrenia paranoide. La esquizofrenia presenta una prevalencia de aproximadamente el 1% de la población, con poca variación entre diferentes zonas geográficas y se piensa que su etiología es multifactorial.

ELLOS NO HAN ENTRADO CONMIGO AL MÉDICO

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La esquizofrenia es una de las enfermedades capitales dentro de la psiquiatría, desde siempre objeto de atención y estudio a lo largo de la historia. Se trata de una enfermedad de carácter crónico, que debuta entre la segunda y tercera década de vida y que produce un deterioro significativo en la mayoría de los aspectos funcionales y cognitivos de las personas que la padecen.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos un caso de un primer brote psicótico en una paciente de 16 años con antecedentes familiares de madre diagnosticada de tr. Bipolar. La paciente es traída por sus padres al servicio de urgencias por un cuadro de un mes de evolución de negativa a la ingesta. Una vez descartada mediante TAC cerebral y analítica general y de orina patología orgánica es valorada por psiquiatría. A la exploración psicopatológica destaca inhibición psicomotriz, bloqueo del pensamiento, alteraciones de la sensibilidad en forma de voces intrapsíquicas imperativas y fenómenos de difusión del pensamiento. Durante la entrevista manifiesta que no se atreve a comer porque se lo prohíben las voces, aunque refiere que en el hospital se encuentra algo más aliviada puesto que "ellos no han entrado al médico, se han quedado fuera en la calle". No suspicacia hacia el personal médico, pero sí hacia algunos familiares y vecinos. Tendencia al aislamiento social.

RESULTADOS

La paciente fue ingresada en la unidad de agudos de nuestro hospital. Es diagnosticada de brote psicótico. Se inicio tratamiento con Olanzapina , y Clonazepam, encontrándose la paciente subjetivamente menos angustiada, si bien persistían con la misma fuerza las alteraciones intrapsíquicas. La inhibición psicomotriz tampoco encontró mejora. La paciente se negaba a salir de su habitación y continuaba con miedo. Se sustituyó Olanzapina por Risperidona y Aripiprazol, sin resultar efectivo.

Por último se recurrió a la TEC, remitiendo parcialmente la clínica de inhibición tras 6 sesiones. Se instaura tratamiento asimismo con Clozapina, con respuesta evidente a la misma, recuperando la paciente cierto grado de autonomía al alta hospitalaria y alimentándose con normalidad.

En revisiones posteriores en las Consulta externas (ambulatoriamente), se objetiva una persistencia de la inhibición psicomotriz, abulia, apatía, aunque hay mejor modulación afectiva y no se refiere alucinaciones intrapsíquicas. Se confirma el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.

ELLOS NO HAN ENTRADO CONMIGO AL MÉDICO

CONCLUSIONES

La esquizofrenia presenta una prevalencia de aproximadamente el 1% de la población, con poca variación entre diferentes zonas geográficas y se piensa que su etiología es multifactorial.

Es de gran importancia intentar un diagnóstico y tratamiento precoz, puesto que el inicio de éste en fases prodrómicas mejora susceptiblemente la clínica y el pronóstico de la enfermedad.

Por esto hay que hacer entrevistas exhaustivas para que no se nos pasen por alto datos clínicos de interés ni se llegue a un diagnóstico erróneo (inicialmente su MFyC pensó en una anorexia restrictiva por su negativa a la ingesta), teniendo muy en cuenta asimismo los antecedentes familiares.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5*, American Psychiatric Association, (APA), 2013.
- 2) Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Kaplan and Sadock Sinopsis de Psiquiatría Clínica. 10ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009
- 3) Manual de Psiquiatria, Tomás Palomo , Miguel Angel Jiménez-Arriero, 2009
- 4) Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del prescriptor. 4ª edición, 2013