

TRASTORNOS PSICÓTICOS, PLURIPATOLOGÍA Y NEUROLÉPTICOS

Natalia Rodríguez Criado, Rocío Villameriel Carrión, Blanca Sánchez Sánchez, Paloma Muñoz-Calero Franco, Belén Sainz de la Maza, Rubén Martín Aragón

Hospital Universitario de Móstoles

nataliarodriguezcriado@gmail.com

RESUMEN

El nivel de autocuidado en el paciente con esquizofrenia se ve mermado. En ocasiones, el único contacto que tiene con un médico fuera de visitas hospitalarias es con su psiquiatra. En el tratamiento y seguimiento de los pacientes con esquizofrenia se debe tener en mente no solo los conocimientos psiquiátricos, sino también los de medicina general. En estos pacientes pueden aparecer, presentaciones psiquiátricas de enfermedades médicas (p.e. Síntomas de ansiedad de un hipertiroidismo). Complicaciones psiquiátricas de enfermedades médicas (la depresión post IAM) o complicaciones de tratamientos (psicosis por corticoides). Reacciones psicológicas a enfermedades médicas (p.e. Estrés agudo tras diagnóstico de cáncer) Presentación médica de trastornos psiquiátricos (p.e. Síntomas digestivos secundarios a un trastorno somatomorfo) Complicaciones médicas de trastornos psiquiátricos (p.e. Exacerbación de crisis epilépticas en relación a fases depresivas o de ansiedad) ó patologías médica y psiquiátrica comórbidas. Por todo esto es necesario valorar la importancia del conocimiento de los efectos secundarios de los distintos fármacos y considerar qué fármacos de otras especialidades pueden provocar clínica psicopatológica. Por todo esto nos proponemos a través de un caso clínico revisar diversos aspectos relacionados con la puripatología en pacientes en tratamiento con neurolépticos.

TRASTORNOS PSICÓTICOS, PLURIPATOLOGÍA Y NEUROLÉPTICOS

OBJETIVOS

A través de un caso clínico, intentaremos revisar diversos aspectos relacionados con la pluripatología en pacientes con trastornos psicóticos en tratamiento con neurolepticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico. *Motivo de consulta:* Varón de 35 años derivado por su psiquiatra de referencia para ingreso voluntario, acompañado por sus padres, por descompensación de su patología de base.

Antecedentes personales

Somáticos: Alergia a beta-lactámicos. Leucoplasia extensa en cavidad oral diagnosticada por C. Maxilofacial. Asma bronquial. HTA y DM tipo II en tratamiento. Dislipemia. Sobrepeso. Sinus pilonidal intervenido. Fístula anal

Psiquiátricos: Remitido a consulta en agosto de 2001 tras ingreso en UHB con diagnóstico provisional al alta de Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos. Realizó seguimiento en Centro de Programas Terapéuticos de Día entre 2002 y 2004. La evolución del cuadro consistió inicialmente en episodios depresivos con síntomas psicóticos y más recientemente en descompensaciones psicóticas sin sintomatología afectiva, siendo el cuadro compatible con T. Esquizoafectivo. Ha precisado ingreso psiquiátrico en dos ocasiones en los últimos 12 meses con diagnóstico de Episodio psicótico. Último ingreso este mes de enero. Ha precisado consultas en Sº de Urgencias en múltiples ocasiones y periodos de ILT durante descompensaciones. Se añade juego patológico y acude a grupo de autoayuda tras el último ingreso. Hasta 2010 recibió tratamiento con venlafaxina, citalopram, duloxetina, risperidona, aripiprazol. Entre 2010 y 2011 realizó seguimiento en circuito privado. Ha precisado múltiples consultas en Sº de Urgencias.

Tratamiento actual: Abilify 10 mg. 2-0-0, Seroquel Prolong 300 mg. 0-0-3, Fluoxetina 20 mg. 2-1-0, Topiramato 100 mg. 1-0-1.

A.F.Psiquiátricos: Sin interés. Probable problema de juego en familiar de primer grado, al parecer resuelto.

Tóxicos: Fumador de 40 c./24h. Consumo esporádico de alcohol.

Biográficos: Natural de Madrid. Vive en Móstoles. Estudia un ciclo superior de Economía y Administración, segundo año. La menor de dos hermanos: Antonio de 28 años, estudia Ingeniería de estructuras. Y Javier de 27 años, estudia turismo. Ambos viven en casa y están haciendo cursos y formación. Comenta buenas relaciones con ellos "no me dicen nada". En cuanto a su madre Mª Ángeles tiene 53 años y es ama de casa "Se enfada, vigilancia, siempre

TRASTORNOS PSICÓTICOS, PLURIPATOLOGÍA Y NEUROLÉPTICOS

discutimos" Sobre su padre Antonio, 67 años, jubilado, trabajaba en Renfe. Refiere que "no me dice tanto como mi madre"

Antecedentes Psiquiátricos Familiares: No refiere.

Enfermedad actual

Visto y derivado por su psiquiatra de referencia para ingreso voluntario. Refiere que ha estado en el pueblo. "Con miedos". "Creo que la gente me mira, y que hago daño a la gente". "Miedo, a levantar la cabeza, en la playa. A que la gente me mirase". "A hacerles daño, al mirarles". "No sé si me habrán echado algo en la bebida. O mal de ojo". "Estoy haciendo sufrir a mis padres. Creo que hago sufrir a todo el mundo". "Me quedo en blanco. No pienso en nada. No quiero enterarme de nada. Estoy pendiente de los vecinos. Igual me han echado mal de ojo. O algo en la bebida". 'Explica que ha comido poco durante este tiempo. Ha perdido 4 kg. durante estas tres semanas. De ánimo me cuenta que "intento hacerme el fuerte". En ocasiones se ha encontrado triste. Menos activo durante los meses previos. Ayer en ocasiones se pegaba pellizcos. "No tenía sentido nada". "Me intentaba hacer daño a mí mismo". Anoche estaba muy angustiado y tomó tres Tranxilium de 10 mg.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientado en las tres esferas. Llanto continuo a la entrevista en relación con las ideas de carácter referencial. Angustia psicótica. Actividad delirante. Ánimo triste. Discurso más escaso, sin apenas inflexiones tonales. Pesimista. Sensación de merma de capacidades. No ideas de tipo suicida de forma estructurada. Juicio de realidad no conservado.

Evolutivo: Al inicio del ingreso presenta intensa angustia psicótica, verbaliza ideas delirantes sobre el personal y el tratamiento pautado. Se pasa el ingreso a involuntario. Se modifica el tratamiento se retiran aripiprazol y quetiapina y se añaden paliperidona con buena respuesta y tolerancia. Fluoxetina es sustituido por setralina. Es valorado por endocrino para ajuste de tratamiento de su DM. De modo progresivo los síntomas psicóticos pasan a un segundo plano, sin impacto en la conducta. Inicia permisos terapéuticos con buena evolución, dada la mejoría se procede al alta para control ambulatorio. Tratamiento al alta: Setralina 100 mg 1-0-0, Invega 6 mg 1-0-0, Invega 9 mg 1-0-0, Clotiapina 40 mg 0-0-1, Loracepam 1mg 1-1-1, Topiramato 100 mg 1-0-1.

Juicio Diagnóstico

T . Esquizoafectivo, descompensación.

Discusión y conclusiones: El nivel de autocuidado en el paciente con trastornos psicóticos se ve mermado. En ocasiones, el único contacto que tiene con un médico fuera de visitas hospitalarias es con su psiquiatra. En el tratamiento y seguimiento de los pacientes con trastornos psicóticos

TRASTORNOS PSICÓTICOS, PLURIPATOLOGÍA Y NEUROLÉPTICOS

en tratamiento con antipsicóticos se debe tener en mente no solo los conocimientos psiquiátricos, sino también los de medicina general. En estos pacientes pueden aparecer, presentaciones psiquiátricas de enfermedades médicas (p.e. Síntomas de ansiedad de un hipertiroidismo). Complicaciones psiquiátricas de enfermedades médicas (la depresión post IAM) o complicaciones de tratamientos (psicosis por corticoides). Reacciones psicológicas a enfermedades médicas (p.e. Estrés agudo tras diagnóstico de cáncer) Presentación médica de trastornos psiquiátricos (p.e. Síntomas digestivos secundarios a un trastorno somatomorfo) Complicaciones médicas de trastornos psiquiátricos (p.e. Exacerbación de crisis epilépticas en relación a fases depresivas o de ansiedad) ó patologías médica y psiquiátrica comórbidas. Por todo esto es necesario valorar la importancia del conocimiento de los efectos secundarios de los distintos fármacos y considerar qué fármacos de otras especialidades pueden provocar clínica psicopatológica. Las principales vías metabólicas de los principales antipsicóticos se resumen en la tabla 1. Es importante tener en cuenta las interacciones medicamentosas de los estos fármacos con el resto de los tratamientos de un paciente pluripatológico. Las interacciones se pueden considerar modificaciones en la acción de un determinado fármaco cuando se administra previa o simultáneamente con uno o más sustancias. Esto puede provocar toxicidad o falta de eficacia. En este sentido El CYP450 es uno de los principales sistemas enzimáticos empleados por el organismo para metabolizar medicamentos y otras sustancias químicas, existen distintas vías de metabolización. El citocromo P450 tiene un gran número de isoformas (isoenzimas). Las familias o isoenzimas que metabolizan mayor número de fármacos son CYP3A4 Y CYP2D6. CYP3A4 metaboliza más del 50% de todos los fármacos. En cuanto al CYP2D6 existe variabilidad entre sujetos a la hora de metabolizar los fármacos en función de las isoenzimas, esto está sujeto a polimorfismos genéticos. El 5-10% de los individuos de raza blanca son metabolizadores lentos. El 1-3% de la población son metabolizadores ultrarrápidos. A la hora de elegir un tratamiento farmacológico para nuestros pacientes por tanto, es importante el conocimiento de los efectos secundarios de los distintos fármacos ya en uso. Como Médicos Especialistas en Psiquiatría debemos conocer que tratamientos de otras especialidades pueden provocar clínica psicopatológica y tener en cuenta la importancia de buscar cada vez más alternativas con las menores interacciones posibles.

TRASTORNOS PSICÓTICOS, PLURIPATOLOGÍA Y NEUROLÉPTICOS

Tabla 1 Vías metabólicas de los principales antipsicóticos

Atípicos	CYP1A2	CYP2D6	CYP3A4
Amisulpride ⁵			
Aripiprazol ⁶		Sustrato	Sustrato
Asenapina ⁷	Sustrato	Inhibidor	
Clozapina ^{8,4}	Sustrato	Sustrato	Sustrato
Olanzapina ⁹	Sustrato	Sustrato	
Paliperidona LP ¹⁰			
Quetiapina ^{11,4}		Sustrato	Sustrato
Risperidona ¹²		Sustrato	Sustrato
Sulpirida ¹³			
Tiaprida ¹⁴			
Ziprasidona ^{15,4}			Sustrato

BIBLIOGRAFÍA

1. Chinchilla A. Tratado de Terapéutica Psiquiátrica. Capítulo 4, Álamo C. et al, Psicofármacos antipsicóticos. 2010 Nature Publishing Group Iberoamérica. S.L.
2. Saiz-Ruiz J, et al. Impacto del Consenso Español sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2010. doi:10.1016/j.rpsm.2010.11.001.
3. Soler P.A et al. Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales, editorial Cyesan, 4ª edición, 2012
4. Vallejo J. Leal C. Tratado de Psiquiatría. Editorial Ars Médica. Cuenca Fernández E, López Muñoz F, Álamo González C. Capítulo 118. Interacciones farmacológicas. Páginas 1852-1859.