

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA EVITAR EL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA PSICOSIS

Candela Pérez Álvarez, Guillermo Pérez Mora, Beatriz Villagrasa Blasco, Laura Bosqued Molina, Sonia Pedrosa Armenteros, Anna Salas Martínez, Patricia Latorre Forcén, Miguel Ángel Quintanilla López

Esquizofrenia. Psicosis. Atención temprana. Atención primaria.

Institucion

cperezalv@salud.aragon.es

Esquizofrenia. Psicosis. Atención temprana. Atención primaria

RESUMEN

Las características del paciente con trastorno mental grave, entre las que se incluyen con relativa frecuencia falta de colaboración y actitudes opositoras no exentas de riesgo para él mismo o los demás, generan una gran complejidad en la atención sanitaria de estas personas, especialmente en situaciones de carácter urgente. Esta complejidad se incrementa porque pueden ser precisos diversos intervinientes (personal de Atención Primaria y Salud Mental, familia del paciente, Fuerzas de Orden Público, jueces...) cuyas competencias a veces no están suficientemente especificadas. Todo ello puede favorecer retrasos injustificados en la atención, descoordinación de las actuaciones y sentimientos de desprotección del afectado o su familia.

Se presenta el caso de un varón de 35 años con sintomatología psicótica y marcado aislamiento social, cuya atención médica y psiquiátrica se demora hasta que presenta un episodio de agitación y agresividad, a pesar de que sus padres habían solicitado previamente asistencia al médico de familia al apreciar graves alteraciones psíquicas y conductuales en su hijo (se mantiene recluido en el domicilio, presenta alucinaciones auditivas e ideación delirante de perjuicio centrada en su entorno cercano, hay un gran déficit de autocuidado con pérdida ponderal en relación con miedo a ser envenenado...).

Tomando este caso como ejemplo, se revisan las recomendaciones dadas en las guías de práctica clínica respecto a este tipo de situaciones, focalizando en el papel por parte del Médico de Atención Primaria y la importancia de la atención temprana en la psicosis.

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA EVITAR EL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA PSICOSIS

INTRODUCCIÓN

La atención a los pacientes con psicosis es compleja debido a diversos factores. Por un lado, están las características propias del paciente con trastorno mental grave, entre las que se incluyen con relativa frecuencia la ausencia de conciencia de enfermedad, la falta de colaboración y las actitudes oposicionistas activas o pasivas, no exentas de riesgo para él mismo o para los demás. Por otra parte, en muchos casos es necesaria la participación de diversos intervinientes del ámbito sanitario (personal de Atención Primaria, de Urgencias y Emergencias y de Salud Mental), jurídico (jueces, fiscales...) y de orden público (Policía, Guardia Civil). La coordinación de todos ellos puede ser dificultosa, ya que dependen de diferentes dispositivos y administraciones, y sus competencias no siempre están suficientemente especificadas.

En el caso de los pacientes con un trastorno psicótico en sus estadios iniciales, cuando todavía no han tenido contacto con los servicios especializados en salud mental, el papel de los médicos de Atención Primaria puede ser determinante para realizar una detección precoz y poder proporcionar el tratamiento adecuado a la mayor brevedad. La importancia radica en las consecuencias negativas del retraso diagnóstico y terapéutico en estos pacientes, complicándose progresivamente el cuadro clínico y sus consecuencias psicosociales.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 35 años, que es llevado a Urgencias de un Hospital por las Fuerzas de Orden Público tras presentar un episodio de agitación psicomotriz y heteroagresividad en su domicilio.

Se trata de un paciente sin antecedentes médicos de interés. Como antecedentes psiquiátricos, solo consta una visita a un psicólogo hace dos años tras la cual no realizó seguimiento ni tratamiento. Niega consumo de tóxicos, salvo alcohol de manera ocasional.

Según refieren los padres del paciente, con quienes convive, a los 23 años y mientras cursaba estudios universitarios, el paciente comenzó a verbalizar sentimientos de miedo y de persecución. A pesar de ello, finalizó su licenciatura y ha residido y trabajado en distintas ciudades, incluso en el extranjero, aunque sin lograr mantener una estabilidad laboral. Según comenta su familia, ha alternado periodos de buen rendimiento con otros de clara alteración psicopatológica e ideación delirante.

En los dos últimos años y de forma más intensa en los últimos seis meses, ha habido un marcado empeoramiento, permaneciendo el paciente recluido en su habitación del domicilio familiar, de la cual sale únicamente para comprar comida, puesto que desconfía de la que preparan sus padres. No mantiene ningún contacto social ni relación de pareja. Ha comenzado a mostrar importante irritabilidad, con heteroagresividad verbal hacia sus progenitores, y la situación en

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA EVITAR EL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA PSICOSIS

el domicilio se ha vuelto insostenible. Hace aproximadamente un año, los padres del paciente acudieron al Médico de Atención Primaria solicitando asistencia para su hijo, pero no se realizó ninguna intervención, explicándoles que tendrían que esperar a que tuviera lugar un episodio de agitación psicomotriz o agresividad para poder solicitar asistencia médica. Finalmente, en el contexto de un episodio de este tipo, llaman a los servicios de emergencias sanitarias, siendo necesaria la colaboración de la Policía Nacional para el traslado.

El paciente verbaliza "estar bloqueado", culpando a su familia de no apoyarle. También manifiesta preocupación por su pérdida de socialización. Refiere permanecer en su habitación porque tiene "mucho que hacer", hablando de trabajo y horarios como si trabajara en casa.

Una primera exploración psicopatológica muestra al paciente consciente, alerta y orientado. Respecto al aspecto, destaca palidez facial y delgadez. Hay hipogestualidad y mantiene un contacto visual fijo. El habla es monocorde, en tono bajo y con ritmo lento. Elabora un discurso con tendencia a la disgregación y circunstancialidad, que llega a la alogia e incoherencia. Existe un marcado aplanamiento emocional. Hay insomnio mixto con inversión del ritmo vigilia-sueño. También alteraciones en la alimentación, con pérdida ponderal en relación con vivencias delirantes de envenenamiento. Presenta alucinaciones auditivas de larga evolución que identifica como padres, vecinos y viandantes, con contenido crítico y vividas con gran malestar. Existe ideación delirante de perjuicio centrada en su familia y entorno cercano, que ha provocado aislamiento prácticamente total con abandono del autocuidado y conductas sin finalidad. No existe conciencia de enfermedad y el juicio de realidad se encuentra claramente mermado.

Dada la sintomatología descrita y el desbordamiento familiar existente, se propone ingreso en Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, que el paciente acepta. Se adapta correctamente a la dinámica de la Unidad, mostrando una conducta adecuada tanto con el personal como con los demás pacientes, y se va integrando progresivamente en las actividades. Dada la importante afectación social y cognitiva que presenta, al alta se recomienda su inclusión en Hospital de Día.

Durante el ingreso en Hospital de Día, se produce cierta mejoría en las distintas áreas psicopatológicas, persistiendo no obstante cierta incoherencia y alogia en el discurso, aplanamiento afectivo, aislamiento social y dificultades cognitivas. El diagnóstico al alta es de Esquizofrenia indiferenciada (F20.3 según criterios CIE-10).

Desde su alta en Hospital de Día, el paciente es derivado a un recurso rehabilitador psicosocial (Centro de Día), con los objetivos de disminuir el aislamiento y la conflictividad con los progenitores y realizar una orientación laboral ajustada a las posibilidades clínicas evolutivas. Además, realiza seguimiento en Consultas Externas de Psiquiatría, donde mantiene un escaso insight e insiste en reducir la medicación, mostrando deseos de retomar una actividad laboral normalizada, sin tener conciencia de sus déficits. El tratamiento farmacológico actual consiste

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA EVITAR EL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA PSICOSIS

en paliperidona inyectable de liberación prolongada (100 mg./28 días) y aripiprazol oral de 15 mg. (1 comprimido en desayuno y 1 en comida).

DISCUSIÓN

Los trastornos del espectro esquizofrénico pueden afectar al 2.5% de la población, aumentando hasta un 3.5% si nos referimos a trastornos psicóticos de cualquier índole (incluyendo psicosis afectivas, atípicas, etc). El debut de la mayor parte de las manifestaciones clínicas se produce habitualmente en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y en la mayoría de los casos suele acompañarse de la hospitalización del paciente. Un 80% de las personas con esquizofrenia ingresarán en un centro hospitalario al menos una vez a lo largo de su vida. Además, la tasa de suicidio es elevada en esta población (alrededor del 15% de suicidio consumado), siendo de mayor riesgo el periodo inicial de la enfermedad.

Numerosos autores coinciden en señalar que existe un periodo crítico tras el debut de la psicosis (entre 2 y 5 años) que podría resultar crucial por presentar un alto valor predictivo del curso que seguirá el trastorno. La importancia de la atención temprana de la esquizofrenia y trastornos afines radica en su influencia en el pronóstico, existiendo evidencias de que un retraso en recibir el tratamiento adecuado (tanto farmacológico como psicosocial) disminuye las posibilidades o el grado de recuperación. Existe cierta controversia respecto a la medida en que los episodios psicóticos causan un defecto irreversible mediante neurodegeneración u otros mecanismos a nivel cerebral. Sin embargo, al margen de la complejidad de las bases neurobiológicas de la psicosis, nadie se cuestiona el daño que dichos episodios generan en la vida del individuo, por la grave alteración de su red sociofamiliar (rupturas de pareja, pérdida del empleo, problemas legales, etc. son frecuentes tras el debut de la psicosis).

En el caso presentado, la familia del paciente contactó con Atención Primaria solicitando asistencia, que no les fue proporcionada. Es cuestionable que sea necesaria la presencia de agitación psicomotriz o agresividad para que un paciente con probable sintomatología psiquiátrica grave sea, al menos, valorado por un médico.

Forma parte de las funciones del Médico de Atención Primaria realizar la valoración inicial de pacientes con posible trastorno mental (incluso recabando autorización judicial para acceder al domicilio del paciente en casos extremos) y determinar la pertinencia o no de una intervención urgente, incluyendo la solicitud de traslado al hospital si procede. Ante las dudas que puedan presentarse en un caso concreto, el Médico de Atención Primaria puede solicitar asesoramiento a los especialistas en Salud Mental. Si existen indicios de que la conducta del paciente o su oposición a ser atendido o trasladado, puede poner en peligro la integridad física de las personas o provocar una alteración del orden público, el médico podrá solicitar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sin necesitar ningún trámite previo con el Juzgado.

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA EVITAR EL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA PSICOSIS

Para evitar retrasos diagnósticos como el del caso descrito previamente, con las consecuencias negativas que pueden derivarse, probablemente sería necesario mejorar la formación de los profesionales de Atención Primaria respecto a sus posibilidades de actuación ante estos pacientes, y facilitar una buena comunicación y coordinación de éstos con los servicios especializados en Salud Mental.