



MALA PRAXIS

Andrés Leandro Sánchez Pavesi.

andres.sanchezpavesi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En Medicina, mala praxis es un término empleado para indicar una mala gestión «por acción o por omisión» en la prescripción de medicación o en una manipulación en el cuerpo en el paciente.¹

En psiquiatría, nos hemos acostumbrado a usar con asiduidad una gran variedad de fármacos, incluso llegando a utilizar en ocasiones prescripciones fuera de ficha técnica. Sin embargo, es importante recordar que dichos fármacos no son inocuos para el paciente al que estamos tratando.

Con el fin de mostrar las consecuencias debidas a los efectos secundarios de la medicación, y con la intención de destacar la importancia de un correcto diagnóstico diferencial, se presenta el siguiente caso clínico.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Varón de 48 años, acude al servicio de urgencias derivado por su psiquiatra de referencia por presentar sintomatología extrapiramidal (SEP) de dos semanas de evolución que no ha remitido pese a ajuste farmacológico.

Antecedentes personales

Biopsicosociales

Divorciado, un hijo de 26 años del anterior matrimonio, vive actualmente solo. Refiere haber trabajado de agricultor en el pasado. Cobra Pensión No Contributiva por enfermedad mental.

Somáticos

O Sin alergias medicamentosas conocidas

O Sin otros antecedentes somáticos de interés

Psiquiátricos

O Diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo (CIE10 F25.1)² en 2011 tras primer y único ingreso en la planta de psiquiatría hospitalaria.

O Posterior seguimiento en Unidad de Salud Mental, sin obtener estabilidad psicopatológica completa, fluctuando entre periodos maniformes y periodos con clínica depresiva, predominando estos últimos.

MALA PRAXIS

Consumo de Tóxicos

- O Antecedentes de consumo alcohol, abstinente en la actualidad.
- O Consumo de cannabis durante 15 años, refiriendo abstinencia en el momento actual.
- O Niega consumo de otros tóxicos.

Tratamiento Habitual (en la actualidad)

- O Paliperidona IM: 300mg cada 28 días
- O Topiramato 100mg: 1-0-1
- O Lormetazepam 2mg: 0-0-0-1
- O Levomepromacina 100mg: 0-0-0-

Antecedentes familiares

La madre estuvo en tratamiento por psiquiatra varios años y con frecuentes hospitalizaciones en el Hospital Psiquiátrico. Algunos familiares por vía materna fueron ingresados en el Hospital Psiquiátrico sin saber precisar con exactitud el diagnóstico ni cuadro que produjeron los supuestos ingresos.

Enfermedad actual

En las semanas previas al ingreso, el paciente había acudido a la consulta de la Unidad de Salud Mental (USM), refiriendo rigidez generalizada, inhibición psicomotriz y sialorrea. En la USM se suspende el antipsicótico que estaba tomando por vía oral (quetiapina 400mg), el paciente estaba además con 150mg de paliperidona IM mensual. Sin embargo, la clínica no remite y tras una semana, vuelve a acudir a consultas.

Al no existir mejoría del cuadro, su psiquiatra de referencia interpreta que se trata de sintomatología negativa propia de la enfermedad que padece, y administra en ese momento 300mg de paliperidona IM mensual, coincidiendo con la fecha de administración mensual del depot.

El paciente lejos de mejorar, empeora a lo largo de la siguiente semana, siendo derivado por su psiquiatra de referencia al hospital.

Ingresa en Psiquiatría el 7/12/17 por síndrome extrapiramidal (parkinsonismo rígido-bradicinético severo) secundario a tratamiento con antipsicótico depot a altas dosis. Se inicia tratamiento con Carbidopa/levodopa (Sinemet) y biperideno.

El 16/12, tras objetivar que el paciente no es capaz de ingerir ningún sólido o líquido, y ante la necesidad de ingerir la medicación por vía oral (Biperideno y Sinemet) se coloca una sonda nasogástrica (SNG).

El 17/12 el paciente se arranca la SNG, provocando un vómito de contenido alimenticio con broncoaspiración secundaria. El paciente comienza a presentar fiebre de hasta 39°C y presenta crepitantes húmedos a la auscultación pulmonar. Se extraen 2 hemocultivos.

El paciente es trasladado a medicina interna, donde además se objetiva que el paciente no ha estado orinando por lo que requiere sondaje vesical, que sin embargo únicamente obtiene un débito de 100cc.

MALA PRAXIS

En la radiografía de tórax se aprecia un discreto velamiento en base izquierda, sin infiltrado evidentes, y en la radiografía de abdomen un fecaloma rectal.

Se inicia antibioterapia empírica con cefepime y levofloxacino y se pauta un enema, que es efectivo.

El 18/12 se ajusta antibioterapia a tazocel y levofloxacino. Persiste oligúrico por lo que se añaden cargas de SSF (1000 ml), mejorando las diuresis.

Tras la mejoría de la neumonía y coincidiendo con el uso de agonistas dopaminérgicos (sinemet), el paciente comienza a referir ideación paranoide de perjuicio y autoreferencialidad, así como angustia debido a la situación de dependencia generada por su situación clínica.

Se decide por lo tanto el traslado de nuevo a la planta de psiquiatría, donde se realiza protocolo para la Terapia Electroconvulsiva (TEC) que supera de manera satisfactoria.

Se inicia la TEC, requiriendo un total de 12 sesiones en régimen de TEC agudo (3 veces por semana), objetivándose mejoría significativa de su sintomatología psicótica y de la angustia referida antes del inicio de la terapia. No se mantiene la TEC de mantenimiento debido a la imposibilidad por parte del paciente de acudir una vez por semana al hospital para su aplicación.

La SEP fue disminuyendo a lo largo del ingreso y sobre todo tras la instauración de tratamiento antiparkinsoniano.

Al alta el paciente estaba estable psicopatológicamente, pudiendo deambular sin necesidad de andador y con mejoría del estado de ánimo, llegando a la eutimia.

Se pautó tratamiento antipsicótico con olanzapina 10mg y se mantuvo la levomepromazina 25mg con finalidad hipnótica y el topiramato 100mg cada 12 horas como eutimizante.

Exploración Física

Exploración Física en la urgencia

Paciente consciente, orientado. Buen nivel cognitivo

Constantes. FC: 81 TA:123/74 Tª:35.9. Sato: 96% sin oxígeno

Auscultación Pulmonar: MVC no ausculto crepitantes ni roncus. Presenta secreciones que no consigue expectorar de manera adecuada.

Auscultación Cardíaca: Ruidos Cardíacos rítmicos sin soplos

Exploración Abdominal: Sin dolor. Ruidos presentes.

Exploración Neurológica en la urgencia

Alerta, orientado, colaborador. Sin déficits motores, sensitivos o de pares craneales (incluyendo pares bajos, con reflejo nauseoso presente). Voz hipofónica con lenguaje escaso, apropiado, pobremente articulado y sin elementos disfásicos. Sialorrea. Amimia facial. Temblor axial ortostático, temblor de reposo > actitud en las cuatro extremidades. Bradicinesia muy marcada con imposibilidad para la realización de movimientos alternantes. Marcha posible sin apoyo, pasos lentos, arrastra pie, postura cifótica, giros en bloque, ausencia de braceo bilateral. Escasa afectación de reflejos de enderezamiento.

MALA PRAXIS

Exploración funciones psíquicas

Exploración psicopatológica en urgencias

Discreta sedación farmacológica; orientado en espacio y persona y tiempo. Lentitud y torpeza psicomotriz, con temblor distal de MMSS así como rigidez de nuca, y rigidez en rueda dentada también en MMII marcha parkinsoniana; Hipoproséxico, con fallos mnésicos en memoria reciente (sin elementos confabulatorios). Afecto hipotímico de manera secundaria a limitación física que incluso de dificulta la deglución. Discurso inducido, escaso, farfullante, enlentecido, vago; no se evidencia actividad delirante en este momento (incluso al preguntarle sobre soliloquios responde: "pero si por la rigidez no puedo ni hablar"). Refiere sensación de aturdimiento, somnolencia, debilidad. Niega alucinaciones auditivas en este momento. No se objetivan fenómenos de primer rango. Insomnio. hiporexia. Ideación autolítica en el contexto limitación funcional. Parcial Insight.

Exploración psicopatológica en la unidad de hospitalización breve

Consciente, orientado en todos los parámetros, colaborador. Inquieto motrizmente, con probable acatisia. En primer plano, importante parkinsonismo: bradicinesia, rigidez en rueda dentada, temblor en EESS, sialorrea y dificultad tanto para la marcha como para la deglución. Lenguaje coherente, pobre e inducido, con leve disartria, sin aparentes alteraciones en forma del pensamiento, curso enlentecido. No puede valorarse su estado cognitivo. Afecto hipotímico reactivo a su situación somática, sin aparente sintomatología psicótica activa. Insomnio leve. Juicio de realidad conservado.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Tc. cráneo sin contraste del 02-01-2018

No se evidencia alteraciones significativas en la densidad de los tejidos cerebrales. El sistema ventricular es de tamaño y morfología normal sin desplazamiento de la línea media. Fosa posterior sin anormalidades.

Conclusión: Estudio cerebral dentro de límites normales

Radiografía tórax

Discreto velamiento en base izquierda, sin infiltrado evidente.

Radiografía abdomen

Presencia de un fecaloma rectal.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES [SEP]

- Trastorno Esquizoafectivo, posible descompensación depresiva
- Síntomas extrapiramidales secundarios a tratamiento con antipsicóticos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO [SEP]

CIE-10: Y49.3 Efectos adversos de antipsicóticos y neurolépticos fenotiazínicos.2

MALA PRAXIS

TRATAMIENTO

- TEC aguda durante 12 sesiones.
- Olanzapina 10mg, 1 comprimido cada 24h.
- Topiramato 100mg, 1 comprimido cada 12 horas
- Lezomepromazina 25mg, 1 comprimido cada 24h


EVOLUCIÓN

Tras el alta el paciente ha permanecido estable psicopatológicamente, viviendo de manera independiente en su domicilio sin presentar ninguna limitación funcional.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

1. Las consecuencias debidas a los efectos secundarios de la medicación que los psiquiatras prescribimos normalmente deberían de ser tenidos en nuestra práctica clínica diaria.
2. La prescripción fuera de ficha técnica es una práctica extendida entre algunos psiquiatras, conllevando un importante riesgo en la salud y en ocasiones incluso la vida de nuestros pacientes.
3. La importancia de un buen diagnóstico diferencial es clave para no cometer errores diagnósticos y de tratamiento.
4. El uso de fármacos antiparkinsonianos genera, en no pocas ocasiones, síntomas psicóticos que deben ser tratados, en primer lugar, con medidas no farmacológicas, pero si estas resultan inefectivas, el uso de antipsicóticos está indicado.³
5. La TEC es una técnica segura, efectiva e indicada en aquellos pacientes que presenten síntomas psicóticos de forma concomitante a SEP.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Mala praxis [Internet]. Es.wikipedia.org. 2018 [consultado 9 Marzo 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Mala_praxis
2. OMS. CIE-10, Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. 1992 
3. C. Panchal, et al. Treating Hallucinations and Delusions Associated with Parkinson's Disease Psychosis. Current Psychiatry Reports. 2018. Jan 27;20(1):3
4. American Psychiatric Association. The Practice of ECT: Recommendation for Treatment, Training, and Privileging. A Task Force Report. American Psychiatric Press. 1990.