

INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

CAFEÍNA Y PSICOSIS

Carolina Sánchez Mora, José Campos Moreno, Nora Inés Muros Cobos, Luz María González Gualda, Juan Del Águila Águila, Araceli Martínez Carrascosa.

Carolinasm.2@gmail.com

Psicosis, cafeína

RESUMEN

La cafeína es el estimulante más consumido y socialmente aceptado en el mundo, siendo un 90% la proporción de adultos que la consumen. Para la mayoría, un consumo de hasta 400 mg/día parece ser seguro. Sin embargo, existen factores familiares, probablemente en parte genéticos, que parecen predisponer tanto a la ingesta de cafeína como al riesgo de trastornos psiquiátricos derivados de su consumo.

Se presenta el caso de un varón de 43 años sin antecedentes psiquiátricos que es derivado a urgencias de salud mental por ideación autolítica. Relata ideación delirante de perjuicio y paranoide, interpretaciones delirantes, insomnio, labilidad emocional, ánimo bajo reactivo y reconoce ideación autolítica hace unos días, pero la niega en la actualidad. Debido a la clínica se pauta tratamiento con olanzapina 10 mg y se deriva a consultas de psiquiatría para control y seguimiento.

En consulta reconoce consumo de 10 cafés, al día cuando antes no tomaba. Se realizan TC cerebral y analítica completa con serologías, sin alteraciones significativas. Por este motivo, se diagnostica de trastorno psicótico inducido por sustancias, en este caso por cafeína.

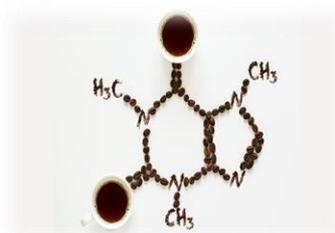
Este trastorno tiene una prevalencia desconocida, pero se presupone que son de un 7% a 25% de los primeros episodios psicóticos. Los síntomas se desarrollan rápidamente, son muy incapacitantes pero normalmente autolimitados.

A pesar de todas las asociaciones observadas a nivel psicopatológico y del uso frecuente de cafeína por muchos pacientes psiquiátricos, son muy pocos los estudios que han estudiado sus efectos en el desarrollo y agravamiento de los síntomas psiquiátricos.

CAFEÍNA Y PSICOSIS

INTRODUCCIÓN

La cafeína se puede obtener de café, té, bebidas energéticas, refrescos, chocolate y medicamentos de venta libre. El café y el té con cafeína son los estimulantes más consumidos y socialmente aceptados en el mundo.



Aproximadamente el 90% de todos los adultos en el mundo consumen cafeína diariamente. Para la mayoría de los adultos, el consumo de hasta 400 mg de cafeína al día parece ser seguro. En los niños y los adolescentes, el consumo de menos de 2.5 mg / kg por día parece ser seguro. Los factores familiares, probablemente en parte genéticos, parecen predisponer tanto a la ingesta de cafeína como al riesgo de trastornos psiquiátricos.

Se han encontrado algunos beneficios a corto plazo con el consumo de cafeína como el aumento del estado de alerta y mitigación de los efectos de la privación de sueño o la mejora en el rendimiento cognitivo y deportivo. Pero también efectos adversos como cefalea, ansiedad o irritabilidad, temblores e insomnio.

También se han estudiado posibles beneficios a largo plazo, como un efecto protector contra la enfermedad de Alzheimer (hay pocos estudios y están respaldados por datos de ratones transgénicos de Alzheimer en los que la suplementación con cafeína se asoció con un riesgo menor o un inicio tardío de enfermedad de Alzheimer), riesgo reducido de enfermedad de Parkinson, riesgo reducido de cirrosis alcohólica, una disminución del riesgo de padecer gota y un menor riesgo de diabetes mellitus tipo II (mayor sensibilidad a la insulina y un mayor control en la glucemia posprandial).

Respecto a los posibles efectos adversos a largo plazo se encuentran los eventos coronarios y arritmicos en individuos susceptibles (no es factor de riesgo a largo plazo), disminución de la densidad ósea en algunas mujeres y migraña crónica y cefalea de rebote por analgésicos.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Varón de 43 años sin antecedentes psiquiátricos que es derivado a urgencias de salud mental por ideación autolítica.

Antecedentes personales: No antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni antecedentes psiquiátricos.

Tóxicos: Niega.

CAFEÍNA Y PSICOSIS

Tratamiento: Ninguno.

Enfermedad actual: Desde hace dos semanas refiere que tanto su móvil como el de su mujer están pinchados. Comenta que hablan de él, que les acosan con cámaras que están en las antenas de TV, que le persiguen, que sus vecinos recogen sus bolsas de basura cuando las tira, que le han estado grabando en la ambulancia... Destaca como posible factor desencadenante un conflicto de su hijo hace unos 10 días. Además refiere insomnio, labilidad emocional y ánimo bajo. Reconoce ideación autolítica hace unos días, pero la niega en la actualidad.

Exploración psicopatológica: Consciente y orientado. Abordable y colaborador. Discurso fluido y coherente. Angustiado. Ánimo bajo reactivo a situación actual. Ansiedad basal elevada sin crisis francas de ansiedad. Ideación delirante de perjuicio y paranoide. Interpretaciones delirantes. No alteraciones senso-perceptivas. No ideas de muerte ni ideación autolítica en la actualidad aunque reconoce haberlas presentado. Normorexia. Insomnio. No auto ni heteroagresividad. Juicio de realidad parcialmente conservado.

Juicio Clínico al alta: Sintomatología psicótica a estudio

Plan terapéutico: Se pauta olanzapina 10 mg, se recomienda baja laboral y se deriva a consultas externas para control y seguimiento.

Evolución: En una primera consulta realiza crítica completa de la clínica psicótica y se encuentra eutímico, por lo que se acuerda mantener medicación hasta nueva revisión en 3 meses. Sin embargo, no acude a las siguientes revisiones y se pierde el seguimiento.

A los 10 meses es derivado de nuevo a consulta, porque hace un mes comenzó de nuevo con clínica psicótica de contenido paranoide. Cuando es valorado ya se encuentra asintomático y en este nuevo episodio no ha llegado a tomar tratamiento psicofarmacológico. En esta consulta reconoce consumo de 10 cafés al día en el trabajo, pareciendo ser este el factor de la sintomatología, ya que en las dos ocasiones tras la baja laboral desapareció la clínica psicótica. También se realizan TC cerebral y analítica completa con serologías, sin alteraciones significativas.

Diagnóstico final: Trastorno psicótico inducido por sustancias

CAFEÍNA Y PSICOSIS

DISCUSIÓN

Podemos observar que en ambos episodios ha habido primero un consumo excesivo de cafeína y secundariamente ha aparecido la clínica psicótica. Además, en ambos la duración de la clínica fue de un mes aproximadamente de duración y mejoraron rápidamente con la abstinencia completa. Por tanto, existe una clara relación temporal entre el consumo de cafeína y la clínica psicótica, pudiendo realizar el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, en este caso por cafeína.

La prevalencia de este trastorno es desconocida, pero se presupone que un 7% a un 25% de los primeros episodios psicóticos se deben a trastornos inducidos por sustancias.

No se ha estudiado la clínica que puede originar el trastorno psicótico inducido por cafeína de forma específica. Sin embargo, se sabe que los delirios persecutorios son muy frecuentes en trastornos psicóticos inducidos por anfetaminas y cocaína, por lo que podríamos suponer que los inducidos por cafeína puede compartir características similares al ser también una sustancia activadora.

Otro dato muy importante es que la clínica se desarrolla rápidamente y es muy incapacitante, aunque normalmente autolimitada.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial principalmente con la intoxicación o abstinencia a sustancias, con un trastorno psicótico primario y con un trastorno psicótico debido a otra afección médica.

Se conoce que la acción principal de la cafeína se desarrolla por medio de un antagonismo competitivo de los receptores de adenosina A1 y A2A. La adenosina es un modulador del SNC que inhibe la liberación de serotonina y dopamina, y la cafeína, al antagonizar los receptores de adenosina A2A, puede aumentar los efectos dopaminérgicos dar lugar a la aparición de síntomas psicóticos.

Respecto a la psicosis, se ha objetivado que la cafeína puede inducir síntomas psicóticos en algunas personas sin trastornos psicóticos previos, y que, además, la reducción de la ingesta se ha asociado con una mejoría de los síntomas en algunos casos de pacientes con trastornos psicóticos. En la mayoría de estos casos la adición o ajuste de medicación psicotrópica es ineficaz, siendo la abstinencia completa la que conlleva a la eliminación de la sintomatología.

Además, en varios estudios se ha visto que la cafeína puede mejorar los síntomas negativos y cognitivos y los efectos secundarios motores de los antipsicóticos, lo cual puede contribuir a la alta ingesta de cafeína por parte de algunos pacientes con trastorno de tipo esquizofrenia.

CAFEÍNA Y PSICOSIS

En la literatura, la mayoría de casos con síntomas psicóticos agravados o de novo por cafeína fueron hombres, sin embargo, no podemos concluir con que ser hombre sea un factor de riesgo. La dosis de cafeína capaz de causar síntomas psicóticos es muy amplia, de 200 mg a 4600 mg al día, al igual que la duración del aumento del consumo de cafeína que precede a los síntomas psicóticos, que varía de pocas semanas a varios meses (incluso años). Toda esta variabilidad podría reflejar variaciones individuales de la vulnerabilidad de cada individuo a los síntomas psiquiátricos, la condición médica o psiquiátrica subyacente y la sensibilidad física al metabolismo de la cafeína.

Respecto a las consecuencias del consumo de cafeína en los trastornos del humor, se ha visto que induce cambios de humor a dosis más altas y protege contra los síntomas del humor a dosis moderadas. Como todos conocemos, la cafeína es inductora de ansiedad, principalmente a partir de 300 mg, pero además de la dosificación, el efecto ansiogénico de la cafeína está influenciado por factores individuales. De hecho, la ingesta de cafeína en dosis bajas también puede reducir la ansiedad y elevar el estado de ánimo en algunas personas. Otros informes de casos también han sugerido que la cafeína puede inducir manía y que la ingesta excesiva de cafeína puede dificultar la recuperación de pacientes con trastorno bipolar o episodios de humor de tipo maníaco. Sin embargo, los efectos psicoestimulantes y relacionados de la cafeína se deben en gran medida a la reversión de la abstinencia en pacientes consumidores de forma habitual.

Por último, en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad se ha observado un rendimiento mejorado con efecto dosis-respuesta con niveles altos de consumo de café, aproximadamente 400mg/día. Además, la mejora en el funcionamiento no parece sufrir una tolerancia significativa.

CONCLUSIONES

A pesar de todas las asociaciones observadas y del uso frecuente de cafeína por muchos pacientes psiquiátricos, son muy pocos los estudios que han estudiado sus efectos en el desarrollo y agravamiento de los síntomas psiquiátricos. De hecho, tampoco se conocen completamente la incidencia precisa y las características clínicas de la manifestación psiquiátrica inducida por cafeína. Quizás por estos motivos los profesionales a menudo subestimamos o no consideramos los efectos de la cafeína. Y, por tanto, la eficacia de tratamientos para la clínica psiquiátrica inducida por cafeína tampoco se ha evaluado ni documentado bien.

CAFEÍNA Y PSICOSIS

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas PB, Pickar D, Kelsoe J, Rapaport M, Pato C, Hommer D (1990) Effects of the acute administration of caffeine in patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry* 28, 35-40.
2. G´ongora-Alfaro JL, Moo-Puc RE, Villanueva-Toledo JR, Alvarez-Cervera FJ, Bata-García JL, Heredia-L´opez FJ, Pineda JC. (2009) Long-lasting resistance to haloperidol-induced catalepsy in male rats chronically treated with caffeine. *Neurosci Lett* 463, 210-214.
3. de Oliveira RV, Dall’Igna OP, Tort AB, Schuh JF, Neto PF, Santos Gomes MW, Souza DO, Lara DR (2005) Effect of subchronic caffeine treatment on MK-801-induced changes in locomotion, cognition and ataxia in mice. *Behav Pharmacol* 16, 79-84.
4. Rogers PJ, Martin J, Smith C, Heatherley SV, Smit HJ (2003) Absence of reinforcing, mood and psychomotor performance effects of caffeine in habitual non-consumers of caffeine. *Psychopharmacology (Berl)* 167, 54-62
5. Kendler KS, Myers J, O Gardner C (2006) Caffeine intake, toxicity and dependence and lifetime risk for psychiatric and substance use disorders: an epidemiologic and co-twin control analysis. *Psychol Med* 36, 1717-1725
6. Dews PB, O’Brien CP, Bergman J Caffeine: behavioral effects of withdrawal and related issues. *Food Chem Toxicol* 2002; 20: 1-30.