

Un trastorno del control de los impulsos y hemodiálisis, ¿cuál es el mejor tratamiento?



Dra. Olalla Frade Pedrosa
FEA Psiquiatría
Unidad de Salud Mental de Adultos
del Sector Alcañiz

Título trabajo: Un trastorno del control de los impulsos y hemodiálisis, ¿cuál es el mejor tratamiento?

Fecha del envío: 24/03/2021.

Área temática: 162 - Trastorno Control de impulsos.

Autor Principal: OLALLA FRADE PEDROSA. **Identificación:** 36154249C.

Resto de autores: - Licet Tatiana Durán Sandoval - Ana María Sáenz Ballobar - Sandra Figuerola Falcó - Julia González Villatoro.

Institución: Unidad de Salud Mental de Adultos, Sector Alcañiz.

E-mail: olallafrade@yahoo.es

País: España.

Profesión autor principal: Psiquiatra.

Tipo de trabajo: Comunicación.

INTRODUCCIÓN

- El motivo de presentar esta comunicación, se debe a las peculiaridades que presenta esta persona con trastorno mental y que es derivado a nuestras consultas desde diferentes servicios hospitalarios, y como el trabajo en equipo ayuda al cumplimiento terapéutico, a la recomposición familiar y una mejora en la calidad de vida de la persona y su entorno.
- Lo más preocupante desde el principio fue la contención de la clínica psiquiátrica, sin afectar a las patologías orgánicas ya existentes, ni desencadenar otras nuevas. Por lo que precisábamos medicación que ante una insuficiencia renal grave a tratamiento con hemodiálisis bisemanal fuese: activa, no se acumulase en el organismo, que no se eliminara rápidamente con dicho proceso y fuese efectiva para el trastorno del control de los impulsos.
- Todo fue un reto desde el principio, pero una vez solventadas las hostilidades, se pudieron obtener unos resultados satisfactorios.

CASO CLÍNICO

- Varón, 56 años de edad.
- Convive con su esposa desde 1981, pero llevan casados oficialmente desde 2010. Dos hijos varones en común, uno de 27 años, que tiene una hija de 7 años de una relación sentimental previa. Otro hijo de 25 años de edad, médico, actualmente estudiando para el examen MIR. Jubilado por enfermedad desde el 2018. Previamente trabajaba como Policía Nacional en Barcelona.
- Antecedentes Personales: Alergia a Metamizol y Dexketoprofeno. Epilepsia de inicio en 2001 en forma de ausencia, a seguimiento por Neurología, con realización reciente de RMN, con diagnóstico de Atrofia cortico-subcortical. En el año 2017 es diagnosticado de un Mesotelioma peritoneal, intervenido y tratado con quimioterapia que genera una nefrotoxicidad desencadenando una insuficiencia renal grave, precisando hemodiálisis. No antecedentes psiquiátricos.
- Antecedentes Familiares: Los niegan. Sin embargo, hijo mayor presenta rasgos de personalidad del Cluster B, objetivados en estas consultas.

CASO CLÍNICO

El paciente acude a nuestras consultas debido a la demanda ejecutada desde los Servicios de Oncología y Nefrología, principalmente desde el dispositivo de diálisis, al que acude dos veces a la semana, lunes y jueves, para proceder a su terapia.

Indican la presencia de alteraciones conductuales muy marcadas en los últimos meses, aproximadamente unos ocho conflictos, que han ido *in crescendo*, con presencia de aviso de denuncias desde los taxistas que realizan el transporte de estos pacientes desde sus domicilios, hasta el servicio. De compañeros de asistencia a este dispositivo, y los propios profesionales de los mismos.

A su vez, cuando llega el paciente para pedir la cita en persona con su esposa, se muestra vociferante, con un tono de voz elevado, irritable y no sabiendo porque motivo es derivado a estas consultas, ya que no reconoce estar mal, sino que es debido a la acción de los compañeros de la diálisis, el personal de enfermería y los taxistas que colaboran en su traslado, los cuales le tienen “ganas”. Su esposa en todo momento intenta calmarlo y que se muestre colaborador, pero sin éxito.

CASO CLÍNICO

- EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA (de la primera entrevista): Aspecto cuidado. Aseado. Consciente. Orientado en todos los conceptos. Poco colaborador, minimizador, negador. Contacto suspicaz hacia las entrevistadoras. Marcada irritabilidad. Discurso reiterativo en sus denuncias y motivos por los que acude a esta consulta. Tono de voz elevado, con ligera presión en el habla. Ánimo reactivo a situación vivencial, que percibe como amenazante e injusta en todo momento. Ideación paranoide. Desconfiado. Rasgos de personalidad vulnerables, con impulsividad, reiterativo, ligera desinhibición. Dificultad para la planificación y las medición de las consecuencias de sus actos. Agresividad verbal contenida, que ante nuestra presencia se contiene parcialmente. Ansiedad basal leve. No angustia. No ideas de muerte, ni ideación autolesiva planificada, ni estructurada. Insomnio de conciliación y con despertar precoz. Normorexia. Pobre insight.
- EXPLORACIÓN FÍSICA: Presencia de un estudio hematológico y bioquímico semanal con la realización de la diálisis, con una Tasa de Filtrado Glomerular del 55%. Controles mensuales por Oncología, y semestrales por Neurología.

CASO CLÍNICO

- JUICIO CLÍNICO: Trastorno del control de los impulsos, en persona con atrofia cortico-subcortical diagnosticada desde Resonancia Magnética Cerebral. ¿Posible trastorno afectivo concomitante? Y los diagnósticos previos.
- EVOLUCIÓN: Al inicio de la instauración de la medicación con aripiprazol oral a bajas dosis y ascenso progresivo, para prevenir de esta forma los efectos secundarios, y si aparecen poder tratarlos rápidamente. Pero se objetiva una leve y pobre mejoría, con la presencia de fluctuaciones en el control de los impulsos. Sin embargo, ante la realización de la entrevista dirigida y la buena relación terapéutica con los profesionales, finalmente, el paciente acaba verbalizando la toma irregular del tratamiento. A pesar de reconocer, la falta de efectos secundarios y su buena tolerancia al mismo.
- Ante la situación planteada se decide cambio de formulación de la medicación a inyectable intramuscular de larga duración, que permite al poco tiempo de su uso un buen control de la impulsividad, descenso marcado de la irritabilidad, corrección del tono del habla. Mejoría en la capacidad para la gestión de las tareas propias. Desaparición de la ideación paranoide, con el cese de las alteraciones conductuales en su entorno y de la conducta explosiva con su esposa.

CASO CLÍNICO

- **TRATAMIENTO:** Se plantea la toma de un tipo de medicación que no afecte a la Tasa de Filtrado Glomerular, que permita un buen control de los impulsos, una correcta regulación afectiva y la evitación de la somnolencia, motivo por el cual abandonó, la Risperidona, el tratamiento interpuesto por el servicio de neurología para el control de los impulsos. Derivando en un rechazo abierto a la toma de los fármacos de un perfil similar a los mismos.
- Se decide pauta en ascenso progresivo de Aripiprazol hasta 10mg al desayuno, y finalmente, por el motivo de la irregularidad en su toma, por la necesidad de aseguración de un buen cumplimiento. Se decide, la administración de Aripiprazol en formulación inyectable de larga duración a dosis de 300mg cada 28 días, que el paciente y familiares aceptan de buen grado, ya que reconocen que esta forma de administración es más fácil y sencilla, la vivencian con un menor estigma y gran comodidad. Esto permitió una mejoría y estabilización de su psicopatología que presentaba el paciente en las primeras consultas, favoreciendo el retorno a su vida cotidiana y familiar previas.

CONCLUSIONES

¿Por qué Aripiprazol inyectable de larga duración?

- Porque no precisa de un ajuste de dosis en personas con Insuficiencia Renal Crónica, siempre y cuando mantengan unas tasas de filtrado glomerular entre 15-90 ml/min.
- Por su buena capacidad para el control de los impulsos.
- Por su eficiencia como estabilizador del estado de ánimo.
- Por su buen perfil cognitivo.
- Por sus escasos efectos secundarios y/o adversos.

BIBLIOGRAFÍA



- Ficha técnica Abilify Maintena 300 mg polvo y disolvente para suspensión de liberación prolongada inyectable. CIMA-AEMPS. 2018.
- Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del Prescriptor. Antipsicóticos. 6º Edición. 2017. Cambridge University Press.
- Kaplan&Sadock. Manual de bolsillo de Tratamiento Psicofarmacológico. 7º Edición. 2019. Wolters Kluwer.
- Santos Gómez JL. Sánchez-Morla EM. Aparicio León AI. Esquizofrenia: tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos. 2019. Editorial Glosa.