

# Caso clínico: Trastorno Psicótico Agudo en el Paciente Anciano

Vázquez Herrera, P; Crespo Amaro, D; Goitia Aritxa, B; Pibernat Serrano, V; Gómez Eguilaz, C; Álvarez Marrodan, I.  
(Servicio Riojano de Salud)

## INTRODUCCIÓN

La realidad clínica es que hay mayor frecuencia de clínica delirante y alucinatoria en el paciente anciano; siendo la Esquizofrenia (de reciente aparición o de larga evolución) junto con las Demencias, las etiologías psicopatológicas más frecuentes. No podemos olvidar que en el manejo de estos cuadros, debe descartarse primeramente la organicidad. La Psicosis del paciente anciano, fue definida por Kraepelin como “el asunto más oscuro de la Psiquiatría”; y se trata de una patología que aparece a partir de los 45 años. Tiene una mayor prevalencia en mujeres (6:1); siendo el delirio de persecución una de las manifestaciones más frecuentes (85%). Suele acompañarse de un deterioro cognitivo de características Fronto-Temporales.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Mujer de 69 años natural de Colombia, que es derivada al Servicio de Urgencias por su MAP debido a alteraciones de conducta y discurso extraño. Sin familia en España; vive compartiendo piso desde hace años.

### ANTECEDENTES PERSONALES

Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox50  
Único contacto previo con USM hace 3 años en tratamiento con Citalopram por síntomas Depresivos.

## EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y desorientada en tiempo y espacio. Atención conservada. Refiere alteraciones del contenido del pensamiento, con ideación delirante de perjuicio; acompañado de alteraciones sensorio-perceptivas de predominio auditivo “voces masculinas que la amenazan”, así como visuales “hombres que vienen a hacerla daño”. Se ve acompañado de alucinaciones cenestésicas de contenido sexual. Emocionalmente muy afectada, por la repercusión emocional de su sintomatología. Su compañera de piso refiere deterioro cognitivo de reciente instauración.

### RM SNC

Sistema ventricular de tamaño y morfología normal, sin desviaciones con respecto a la línea media. Normal diferenciación entre sustancia gris y blanca, con **meningioma calcificado de 11 mm**, frontal izquierdo, sin otras lesiones ocupantes de espacio. Sin zonas de restricción de la difusión. Lesiones hiperintensas en secuencias de TR largo en sustancia blanca periventricular, centros semi-ovales y corona radiada en relación con **leucoencefalopatía de pequeño vaso**.

### INTERCONSULTA NEUROLOGÍA

El Meningioma es un hallazgo casual sin relación con la clínica de la paciente. No objetivable deterioro cognitivo.

## EVOLUCIÓN

13/11/20

Ante la ausencia de alteraciones de las pruebas complementarias se decide ingreso en UCE Psiquiatría para Observación y filiación del proceso actual. Se inicia tratamiento con OLANZAPINA 5mg/día; objetivando disminución de los fenómenos perceptivos y mejoría anímica y cognitiva parcial.

17/11/20

Pese al aumento a 10mg/día de OLANZAPINA y ante la persistencia de sintomatología delirante, se decide traslado a la Media estancia, para continuar con el seguimiento y ajuste farmacológico.

Se decide asociar RISPERIDONA hasta un máximo de 3mg/día; objetivando una sensación de alivio y remisión de la clínica psicótica resistente.

11/12/20

Se objetiva una mejoría global, con recuperación de las funciones cognitivas superiores (incluyendo reorientación en las tres esferas), así como la desaparición total de la clínica delirante; sobre la cual es capaz de hacer crítica.

29/12/20

Progresivamente se retira Olanzapina, manteniéndose asintomática. Recibe ALTA con RISPERIDONA 1mg (1-1-1) de mantenimiento. Con buen cumplimiento terapéutico y seguimiento hasta la actualidad, así como con buen control sintomático.

## CONCLUSIONES

- Desde un punto de vista, abierto e integrador, las ideas delirantes en los ancianos adquieren una dimensión más amplia y propia; aunque no exclusiva.
- La Risperidona es el fármaco más estudiado y con mejores resultados en la bibliografía para el abordaje de la Psicosis en el paciente Anciano.
- No debemos olvidar que la desorganización conductual, así como la experiencia delirante y/o alucinatoria en este tipo de pacientes, puede tener una raíz orgánica; pero no por ello debemos descartar la Patología Psiquiátrica como origen de estos cuadros.