



RETRASO MENTAL Y EFECTOS SECUNDARIOS, UNA RELACIÓN FRECUENTE

Morán Sánchez, Inés de Concepción; Salesa, MA.

CSM Cartagena

inmosa77@hotmail.com

RESUMEN:

Las enfermedades mentales son más comunes en personas con déficit intelectual que en la población general. Realizar diagnósticos psiquiátricos precisos es difícil debido a las dificultades de comunicación inherentes al retraso mental, por lo que los fármacos se pautan de forma genérica para alteraciones de conducta y síntomas objetivos observables. Los efectos secundarios descritos en esta población son mayores que en población general, por lo que es preciso utilizar la mínima dosis efectiva y realizar titulaciones lentas. Presentamos el caso de una paciente afecta de Síndrome Down remitida por alteraciones de conducta tendencia al aislamiento y soliloquios. La importancia del caso radica en la dificultad diagnóstica y la dificultad de pautar un tratamiento efectivo ya que los distintos psicofármacos utilizados produjeron efectos secundarios, algunos de ellos no descritos en ficha técnica

Introducción

Se estima que las enfermedades mentales son entre dos y tres veces más frecuentes en personas con retraso mental (RM) que en población general (1). Sin embargo, el interés de la Psiquiatría en este campo, no ha sido tradicionalmente muy amplio. Alguno de los motivos que parecen subyacer a este aparente "desinterés" podrían ser la escasa habilidad comunicacional de estos pacientes y la dificultad para diferenciar síntomas maladaptativos inherentes a la deficiencia intelectual con síntomas propios de enfermedades psiquiátricas específicas. Esto ha propiciado la prescripción de medicaciones con carácter inespecífico a dosis frecuentemente altas que en ocasiones no son revisadas durante mucho tiempo. Dentro del RM el Síndrome de Down es la causa genética más frecuente del mismo con una prevalencia de 1/700 nacimientos (2).

Cuadro clínico

Presentamos el caso de una mujer de 32 años que acude remitida desde atención primaria a instancia de la Psicóloga del Centro al que asiste para valoración de cambios significativos en su comportamiento habitual.

Sd de Down sin otros antecedentes de interés previos ni médicos ni psiquiátricos. Como AF destacamos varios hermanos fallecidos por una cardiopatía congénita y una sobrina con trastorno psicótico. Vive con sus padres y con esa sobrina y acude regularmente a un Centro Ocupacional donde realiza labores de embalaje.

El cuadro clínico que presenta comienza aproximadamente 5 meses antes de acudir a nuestra consulta. Coincidiendo con las vacaciones estivales comienza con soliloquios, esconde objetos, se tira del pelo, se autolesiona, está aislada, se niega a comer y presenta un manejo aberrante de la comida, no quiere hablar, presenta conductas estereotipadas, duerme muy poco y la madre la observa más triste con llanto ocasional. En un primer momento achacan la sintomatología al cambio de rutina habitual por las vacaciones estivales y a que a su compañero de taller del centro ocupacional se le habían muerto los padres. Al reiniciar contacto con el centro en Septiembre, toda la sintomatología se reagudiza interfiriendo en el rendimiento y en la autonomía personal. Se le realiza apoyo conductual positivo y refuerzos por parte de Psicología sin encontrar resultados. En la entrevista se muestra negativista y opositor, no mantiene contacto ocular y se niega a sentarse.

Emitimos como juicio clínico inicial trastorno afectivo con sintomatología psicótica vs cuadro psicótico con sintomatología afectiva y comenzamos tratamiento farmacológico. Debido a la negativa de la paciente a la ingesta de medicación, se pautan formulaciones bucodispersables para asegurarnos adherencia (mirtazapina y risperidona). Ante la mejoría parcial de la sintomatología,

aumentamos las dosis prescritas consiguiendo mejoría sintomática con mejor adaptación al medio. En la entrevista colabora más, se sienta, responde a las preguntas, mantiene contacto ocular pero presenta efectos secundarios tipo extrapiramidal (SEP) que persisten a pesar de la reducción de dosis. Ante la persistencia de dichos efectos y la eficacia terapéutica parcial, se procede a cambio por otro antipsicótico de distinto mecanismo de acción y bajo potencial de SEP (olanzapina). A pesar de la mejoría sintomática alcanzada, tuvo también que ser suspendido por efectos secundarios de tipo anticolinérgico y a una erupción cutánea catalogada por el S^o de Alergia como secundaria al fármaco. El último antipsicótico prescrito (aripiprazol) le producía una somnolencia intensa además de no controlar sintomáticamente las conductas.

Finalmente, y tras un periodo sin medicación coincidente con la realización de las pruebas de alergia, se alcanzó la estabilidad clínica pautando la risperidona y la mirtazapina a dosis mínimas (0,25 y 7,5mg). Dicha estabilidad se mantiene más de un año.

Discusión

El interés de este caso clínico radica en las dificultades diagnósticas y terapéuticas. La falta de colaboración de la paciente y sus limitaciones en la comunicación verbal hicieron que primaran otras fuentes de información: la conducta observable en la consulta y en su ambiente habitual (centro ocupacional y domicilio).

Nos planteamos como posibilidades diagnósticas iniciales, un trastorno afectivo con sintomatología psicótica y un cuadro psicótico con sintomatología afectiva. El inicio del cuadro clínico coincidiendo con el cambio de rutina y el fallecimiento de los padres de su compañero, hablaban a favor de un cuadro afectivo que secundariamente hubiera desarrollado sintomatología psicótica. Sin embargo, la preponderancia desde un primer momento de la sintomatología psicótica, con conductas desorganizadas y compatibles con cuadro alucinatorio sin datos sugestivos de ideas deliroides más propias de un cuadro afectivo, nos hicieron decantarnos por el diagnóstico de cuadro psicótico con sintomatología afectiva asociada.

Si bien las dosis de las medicaciones prescritas nunca han sido altas (dosis máximas alcanzadas: 2 mg risperidona, 30 mg mirtazapina, 10 mg olanzapina y 7,5 mg aripiprazol) y las titulaciones han sido muy lentas, la paciente presentaba una sensibilidad a psicofármacos que hicieron extremar las precauciones habituales que se deben tener en la prescripción de medicamentos.

Como consideraciones generales en el tratamiento de personas con RM, hay que considerar el uso de terapias no farmacológicas que ayuden al control conductual, hacer un diagnóstico psiquiátrico preciso y utilizar fármacos con una adecuada indicación y el mejor perfil posible, a las dosis mínimas eficaces y con una monitorización de resultados frecuente debido a la mayor

sensibilidad a los efectos secundarios (3).

Bibliografía

(1) Deb S, Matthews T, Holt G, Bouras, N. Consensus practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in people with intellectual disability. Brighton (UK): Pavilion Publishing; 2001.

(2) González Castañón, d. Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat., 2000; Vol XI: 267-272.

(3) Rush, JA, Frances A, editors. Expert consensus guideline series: treatment of psychiatric and behavioral problems in mental retardation. Am J Ment Retard (Special Issue) 2000; 105:159–228.