



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

CASO CLÍNICO: DESESTABILIZACIÓN EN MAR ABIERTO

M^a del Rocío Tovar Ternerero, Martina Fernández Leiva, Laura Fuentes Rodríguez.

rocypitas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Aquellas personas que padecen un brote psicótico padecen un grave juicio de la realidad, por lo que requieren un tratamiento y ayuda por personal especializado para así poder llevarlos con la mayor calidad de vida posible.

Hoy en día, es difícil dar respuesta a la pregunta sobre el origen de la esquizofrenia, pero se sabe que se desarrolla en dos fases:

- En la primera se tiene en cuenta el componente genético-biológico; este componente sería necesario pero no es suficiente. Estos factores, los genéticos, son los que más se estudian y los que mayor relación tienen con el origen de la enfermedad.
- En la segunda se tiene en cuenta el componente ambiental, que afectaría a la aparición de la enfermedad, pero sólo en presencia del primer componente.

Desde hace más de 100 años se vienen estudiando a familiares de personas que están afectadas de esquizofrenia, siendo los primeros estudios epidemiológicos ya que se carecía de medios tecnológicos y de conocimientos. En la actualidad, estos estudios son ya genéticos.

Se estima que un 0.9% de la población padecerá esquizofrenia, sin tener distinción entre razas, por lo que es válido para todo el mundo.

Muchos estudios van encaminados en cuantificar el riesgo que pueden tener los familiares de un paciente diagnosticado de Esquizofrenia. Pero como bien hemos dicho antes, existen otros factores que están relacionados con la aparición de esta enfermedad.

Otros factores ambientales relacionados son:

- Factores prenatales y perinatales estresantes. Complicaciones del parto.
- El estrés familiar. La pérdida de un progenitor en la infancia.
- Infecciones virales durante el parto.
- Alteraciones conductuales en la primera infancia.

CASO CLÍNICO: DESESTABILIZACIÓN EN MAR ABIERTO

- El consumo de tóxicos.

Los factores antes expuestos, más que ser factores desencadenantes de la enfermedad, se creen que estos ayudan a favorecer la aparición de la Esquizofrenia en personas que tengan una cierta predisposición (genética).

BREVE HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente varón. 19 años. Natural de Escocia. Estudiante de primer año de universidad. Proviene de un crucero. Bebedor social. Consumidor de Cannabis en una ocasión de forma puntual. Hace aproximadamente seis meses debuta con un episodio psicótico (días posteriores al consumo de Cannabis), precisando ingreso en una unidad de psiquiatría durante tres semanas en su país natal.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes de interés.

MOTIVO DE CONSULTA

Durante su estancia en el crucero comienza con inquietud, agresividad, disminución de la sensación de cansancio, conducta desorganizada y falta de descanso nocturno. Contacta con su psiquiatra de referencia el cuál indicó Lorazepam 4 mg/día y Quetiapina 100mg en desayuno y 150mg en cena, no resultando efectivo y precisando ingreso en el servicio médico del crucero, donde es tratado con haloperidol más su medicación habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL (EXPLORACIÓN FÍSICA Y PSÍQUICA)

El paciente a su llegada presenta cansancio excesivo, sudoración profusa y fatiga. Alteraciones sensorio-perceptivas, escasa colaboración. Debido a su situación clínica es imposible explorarlo, por lo que es trasladado a UCI para estabilización orgánica.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se le extrae una muestra de orina para realización de bioquímica, la cual es positiva en Benzodiazepinas.

Se le realiza un Tac de urgencia sin hallazgos patológicos.

CASO CLÍNICO: DESESTABILIZACIÓN EN MAR ABIERTO

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Depresión VS Disautonomía secundaria a neurolépticos

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Disautonomía secundaria a neurolépticos (posible Esquizofrenia).

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Al alta mantiene tratamiento con Quetiapina 50mg en desayuno y 100 mg en cena y Lorazepam 1mg si precisa.

EVOLUCIÓN

Cuando el paciente se encuentra orgánicamente estable es valorado psiquiátricamente. A nuestra llegada presenta siloquio. Mantenemos una entrevista en la que se evidencia sintomatología psicótica en primer plano. Refiere encontrarse bien y no recordar el motivo de su ingreso. Responde de forma incoherente y tangencial, conducta desorganizada. Con la mejora de la situación orgánica el paciente es trasladado a medicina interna. Tras varias valoraciones la sintomatología psicótica no remite por lo que se decide trasladado a la unidad de salud mental con el objetivo de estabilizar al paciente lo antes posible para cumplir el deseo de la familia de regresar a su país de origen y ser tratado allí.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Muchas personas confunden el brote psicótico de una esquizofrenia, muchas veces utilizando dichos términos indistintamente, como si estos fuesen sinónimos.

La Esquizofrenia es una forma de psicosis de larga duración, mientras que un brote psicótico sería una manifestación abrupta de lo que se podría considerar la sintomatología positiva de la esquizofrenia durante un breve periodo de tiempo.

EL diagnóstico de brote psicótico generalmente es realizado por el personal de urgencias del hospital en el que se atiende por primera vez a la persona que presenta una sintomatología psicótica, pero esto no quiere decir que la persona tenga una esquizofrenia o vaya a desarrollarla en los próximos meses. El brote psicótico no es solo una sintomatología exclusiva de la esquizofrenia, sino que también se puede presentar en otras enfermedades como por ejemplo en el Trastorno Bipolar; especialmente en los periodos de manía o hipomanía o incluso en algún trastorno de la personalidad en cuadro agudo, como en el Trastorno Límite de la Personalidad.

CASO CLÍNICO: DESESTABILIZACIÓN EN MAR ABIERTO

Y por otro lado existen casos de brotes psicóticos de episodio único, esto quiere decir que la persona en un momento de su vida ha sufrido una descompensación fuerte, pero que ha sido puntual y situacional, en el contexto de un accidente o al cabo de unos días, durante un viaje al extranjero, o ante acontecimientos pasajeros muy impactantes para la persona.

Por ello como se comentaba anteriormente es muy importante tras una primera hospitalización, que tanto la familia como la persona que ha padecido el brote psicótico puedan acudir a un psicólogo especialista o a su psiquiatra de confianza para que pueda hacer un diagnóstico diferencial e intentar aclarar desde la causa del brote psicótico hasta el pronóstico de la persona, como riesgos de padecer otro brote, o una orientación diagnóstica más específica. De esta manera tanto la persona como la familia que en estos casos está muy desorientada y con muy poca información pueden saber si se ha tratado de un Brote psicótico puntual o existe riesgo de padecer otro y por lo tanto cómo actuar para evitarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry 2002 Oct; 59(10): 921-8.
2. Abarzua M. y González M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. Revista de psicología. 16 (nº2), 79-95.
3. Laing, R. (2006). ¿Qué es la esquizofrenia? (1964). En J.C. Stagnaro (Comp.), Alucinar y delirar. Buenos Aires: Polemos.
4. Peralta M V, Cuesta Z M J, Langarica E M. Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Psicóticos. En: Vásquez-Barquero J L, Crespo P, Gómez H, editores. Las Fases Tempranas de las Psicosis. Barcelona: Masson 2005; 17-23.