



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: CUANDO EL DETERIORO SE INSTAURA DESDE EL INICIO

Fernández-Braso Arranz AM, Villagrasa Blasco B, Aguado Revilla B, Bello Franco S, De la Cámara Izquierdo C.

anamfb18@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psicóticos producen un elevado grado de discapacidad en muchos de los casos, pero lo realmente dramático es cuando el deterioro se instaura desde el inicio del primer episodio psicótico a pesar del comienzo de tratamiento. Presentamos el caso de una mujer de 18 años con un primer episodio psicótico en junio de 2016 (en aquél entonces a los 17 años) y que destaca por una evolución desfavorable desde el inicio: 4 periodos de hospitalización y un rápido deterioro a lo largo de los siguientes tres meses en el contexto de mal cumplimiento del tratamiento en domicilio, ausencia de insight, minimización de clínica psicótica, rasgos vulnerables de la personalidad y dificultades en el ámbito personal y familiar. La paciente, de un país de Latinoamérica reside en España desde el 2005. No tiene antecedentes psiquiátricos previos y presenta una psicobiografía compleja (antecedentes de maltrato infantil, fallecimiento del padre hace dos años, absentismo escolar, inestabilidad laboral y económica, maltrato por parte de su ex-pareja y relación sentimental conflictiva). Actualmente permanece en seguimiento en Hospital de día, recibiendo tratamiento médico y psicoterapéutico, pero continúa con una evolución desfavorable.

Material y métodos: Mediante la exposición de un caso clínico, realizaremos una revisión bibliográfica no sistemática sobre primeros episodios psicóticos y factores de mal pronóstico asociados, publicados en diferentes formatos.

Conclusión: Es importante un abordaje terapéutico precoz en el primer episodio psicótico, así como la detección precoz de factores de riesgo de mal pronóstico para intentar frenar el deterioro funcional desde el inicio.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Remitida tras ingreso en hospitalización de agudos de adultos para continuación de tratamiento y seguimiento en hospital de día.

Antecedentes personales

- Antecedentes médicos: sin interés.
- Antecedentes psiquiátricos: acudió a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil por alteraciones

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: CUANDO EL DETERIORO SE INSTAURA DESDE EL INICIO

del comportamiento, sin seguimiento posterior. Hace unos meses acudió a la Casa de la Mujer para recibir asistencia psicológica.

- Psicobiografía: de un país latinoamericano reside en España desde hace 8 años. Actualmente la paciente vive con su madre y su hermano menor. Segunda de una fratría de 5 hermanos. Psicobiografía compleja: antecedentes de maltrato infantil, fallecimiento del padre hace dos años, absentismo escolar, inestabilidad laboral y económica, y relación sentimental conflictiva, incluso con convivencia, con un joven adulto por parte del cual refiere haber sufrido agresiones verbales, siendo denunciado y estando vigente una orden de alejamiento.

Antecedentes familiares

Hermana menor con retraso mental. Abuelo paterno con diagnóstico psiquiátrico que desconoce y que estuvo internado en un centro psiquiátrico.

Enfermedad actual

Paciente de 18 años con antecedentes de primer episodio psicótico hace 4 meses (cuando la paciente tenía 17 años), por lo que ingresó en la Hospitalización infantojuvenil con clínica psicótica (alucinaciones auditivas y delirios con marcada angustia) y fue diagnosticada de trastorno esquizofreniforme y consumo perjudicial de cannabis. Hace 2 meses ingresa de nuevo por presentar además de la clínica alteraciones conductuales en respuesta a frustraciones y dificultades para aceptar la imposición de límites. Tras el alta es remitida a Hospital de Día para seguimiento, pero pronto comienza a presentar exacerbación de alteraciones sensorio-perceptivas, aumento de angustia e ideación autolítica con planificación, por lo que ingresa en hospitalización de adultos (por haber cumplido los 18 años). Es dada de alta con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme y rasgos vulnerables de la personalidad (por su inestabilidad emocional, inadecuado manejo de relaciones afectivas y dificultad para la toma de decisiones). Tras el alta de este último ingreso es remitida de nuevo para seguimiento y tratamiento en el Hospital de Día.

Exploración funciones psíquicas (durante el último ingreso en Hospital de Día)

consciente, orientada y colaboradora. Habla con ritmo lento, con respuesta a preguntas. Bradipsiquia, marcha con escaso braceo, temblor fino distal predominante en brazo derecho con rigidez y flexibilidad cérica. Discurso coherente. Escasa reactividad emocional con cierto aplanamiento. Ausencia de clínica afectiva mayor. No presenta ideación autolítica. Niega alteraciones sensorio-perceptivas y fenómenos de pasividad o ideación delirante, realizando crítica superficial de la pasada ideación delirante de predominio erotomaníaco. Ligera desorganización conductual. Juicio de realidad parcialmente mermado. Conciencia de enfermedad parcial.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

- Cribado de tóxicos en orina: negativos.
- Prueba de embarazo: negativa.

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: CUANDO EL DETERIORO SE INSTAURA DESDE EL INICIO

- Bioquímica general, hemograma, VSG, Vitamina B12, Ácido Fólico, TSH, estudio de coagulación, PCR: valores dentro del rango de la normalidad.
- Serologías (VIH, lúes, VHC, VHB): negativos

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES [1, 2]:

- Esquizofrenia (paranoide): debe presentar al menos dos síntomas característicos (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos: expresión emotiva disminuida o abulia) durante un mínimo de 6 meses, por lo que aún no podemos diagnosticar a la paciente de Esquizofrenia.
- Episodio psicótico en el contexto de consumo perjudicial de tóxicos: al principio se sospechó porque en el primer ingreso en la planta de agudos Infanto-Juvenil los tóxicos en orina fueron positivos para cannabis, pero tras negativizarse continuaron los síntomas psicóticos.
- Delirium: es una alteración del nivel de conciencia que ocurre en un período corto de tiempo y tiene tendencia a la fluctuación a lo largo del día, asociando una alteración cognitiva adicional (déficit de memoria, orientación, alteración del lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción), que no se explican por una alteración neurocognitiva y en la anamnesis/exploración física/análisis clínicos se obtienen datos de que la alteración es consecuencia fisiológica directa de por ejemplo otra enfermedad, lo que está descartado en este caso.
- Trastorno esquizoafectivo: tendría que presentar la coexistencia de un episodio afectivo mayor (maníaco o depresivo) y síntomas característicos de esquizofrenia. La paciente ha presentado ausencia de clínica afectiva mayor.
- Trastorno depresivo o bipolar con síntomas psicóticos: no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forme concurrente con los síntomas psicóticos.
- Trastorno esquizofreniforme: la paciente presenta síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones auditivas, y discurso desorganizado) durante 4 meses y se han descartado tanto los trastornos esquizoafectivo y depresivo o bipolar con síntomas psicóticos, como los síntomas psicóticos debidos a efectos de sustancias tóxica (en este caso: cannabis) o una enfermedad orgánica.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Diagnóstico principal: Trastorno esquizofreniforme.
- Otros diagnósticos: Rasgos vulnerables de la personalidad del Cluster B; Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y el ambiente social (problemática psicosocial), Consumo perjudicial de THC.

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: CUANDO EL DETERIORO SE INSTAURA DESDE EL INICIO

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Tratamiento al alta del último ingreso en hospitalización de agudos de adultos:

- Paliperidona 150 mg: 1 ampolla/4 semanas.
- Paliperidona 6 mg (1-0-0)
- Olanzapina 10 mg (0-0-2)

Durante el ingreso en Hospital de Día se sustituyó la Paliperidona oral por Trifluoperazina con buena tolerabilidad y respuesta. Además, se pautó tratamiento con biperideno, por presentar clínica extrapiramidal, que mejoró tras la instauración de dicho tratamiento.

EVOLUCIÓN

La adaptación al Hospital de Día al inicio ha sido complicada, aunque mejor que en el ingreso previo. Existe escasa motivación por parte de la paciente para participar actividades grupales y escasa implicación en las entrevistas individuales, demandando el alta. Ha presentando síntomas pseudoalucinatorios en ocasiones aparentemente reales y en otros momentos mintiendo (que posteriormente la paciente es capaz de reconocer). En ausencia de clínica psicótica presenta escasa conciencia de enfermedad y rasgos vulnerables de personalidad, con marcada ambivalencia e impulsividad, así como conductas inapropiadas y un entorno personal, familiar y social poco favorecedor y conflictivo. En relación a su familia, se ha incidido en la necesidad de una supervisión estrecha de la paciente y de fomentar rutinas y actividad.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

La cronificación y las recaídas de psicosis afectan de forma negativa a la capacidad funcional del paciente y aumentan su resistencia a los tratamientos. La tasa de recaídas tras un primer episodio psicótico es de entre un 15 y un 35% en el primer año, y entre un 30 y un 60% a los 2 años. El grado de deterioro es variable pero creciente a lo largo del curso de la enfermedad, y sobre todo en el contexto de recaídas: en estos casos la recuperación se ve muy afectada (se pueden mantener activos ciertos síntomas), aumenta el deterioro del funcionamiento global del paciente y empeora su calidad de vida. [3] El deterioro funcional está condicionado por una multitud de factores extrínsecos a la enfermedad, como son la estructura familiar y social, el funcionamiento premórbido, nivel socioeconómico, aspectos asociados al tratamiento y a la prevención. [4, 5]

El período entre los 2-5 años tras el debut de la psicosis es crucial para predecir el curso de la enfermedad años posteriores. Se debe tener en cuenta que la tasa de respuesta al tratamiento antipsicótico tras el primer episodio psicótico es superior a la tasa de respuesta en pacientes con varios episodios (por el desarrollo de resistencias al tratamiento según avanza la enfermedad),

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: CUANDO EL DETERIORO SE INSTAURA DESDE EL INICIO

por ello, es muy importante ser muy incisivos en el tratamiento de las fases iniciales y en la prevención de futuras recaídas, para minimizar riesgo de deterioro. [3, 5]

Los factores pronósticos de la evolución de la enfermedad son clave para predecir el curso de la enfermedad y sus repercusiones. De entre los múltiples factores implicados, destaca la conciencia de padecer una enfermedad y el cumplimiento del tratamiento desde el primer episodio psicótico, que son aspectos cruciales para determinar la evolución de la enfermedad y el grado de deterioro asociado. Aunque por otro lado, un mayor insight puede asociar a una mayor tasa de depresión post-psicótica y un riesgo aumentado de suicidio.

Existen otros factores que influyen de manera importante en el incumplimiento terapéutico: consumo de tóxicos, efectos secundarios de los fármacos, síntomas de enfermedad activa, entorno sociocultural, tipo de tratamiento y alianza terapéutica con el Psiquiatra. [3, 4, 5]

Tabla I:

Factores de mal pronóstico de la evolución de la enfermedad [3, 5]
Sexo masculino, inicio a edades tempranas
Síntomas psicóticos positivos graves desde el inicio, déficit cognitivo severo
Factores genéticos y antecedentes familiares de psicosis
Abuso/dependencia de tóxicos
Estructura socio-familiar inestable
Complicaciones obstétricas pre/peri/posnatales
Incumplimiento terapéutico, ausencia de conciencia de enfermedad y múltiples recaídas

Tabla II:

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA [6]
Inicio precoz
Sexo masculino
Período largo de enfermedad sin tratamiento
Déficits cognitivos severos
Síntomas negativos graves

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: CUANDO EL DETERIORO SE INSTAURA DESDE EL INICIO

En conclusión, es importante un abordaje terapéutico precoz en el primer episodio psicótico, así como la detección precoz de factores de riesgo de mal pronóstico para intentar frenar el deterioro funcional desde el inicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. Ed. Madrid: Editorial Meditor; 1992.
3. R. Segarra. Abordaje Integral de las Fases Iniciales de la Psicosis. Una visión crítica. Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Vázquez-Barquero, José Luis. Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Psicosis. Ed. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
5. Vázquez-Barquero, José Luis. Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de psicosis. Ed. Barcelona: Editorial Masson; 2008.
6. J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.