



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **CASO CLÍNICO: BROTE PSICÓTICO (REAGUDIZACIÓN TRAS ABANDONO DE TRATAMIENTO)**

Juan Antonio Sánchez Prado, Laura Fuentes Rodríguez, Martina Fernández Leiva.

[pradosecreto@gmail.com](mailto:pradosecreto@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Podría definirse el brote psicótico como una ruptura temporal de la realidad, cuyos desencadenantes pueden ser múltiples. Los más comunes son: un estrés potente mantenido en el tiempo, una sobreexposición emocional, un episodio traumático o el consumo de algún tipo de drogas alucinógena.

Es muy difícil pronosticar un brote psicótico; lo más común es que el entorno del paciente pida ayuda médica cuando este ya ha sucedido, siendo la única forma de intervenir con el ingreso de este en una Unidad de Psiquiatría donde se le estabilizará con un tratamiento adecuado (antipsicóticos).

Aunque como bien se ha dicho antes es muy difícil predecir el brote psicótico, hay algunos patrones en el comportamiento que nos lo puede indicar, como:

- Comportamiento inusual; que carece de sentido, desorganizado, incluso llegando a ser raro y extravagante.
- Ideas extrañas que no guardan ninguna relación con la realidad.
- Suelen estar a la defensiva, interpretan que su entorno quiere hacerle daño, por lo que sus contestaciones suelen ser de maneras bruscas, y en situaciones pueden ser agresivas.
- Descuida su imagen personal y el aseo.
- Se aísla socialmente.

Tras este comportamiento suele darse, dependiendo de la persona, alucinaciones o delirios; que nos viene a reiterar de que algo no está yendo bien; y como bien se ha dicho con anterioridad, este es el punto en que el entorno de paciente se pone en contacto para pedir ayuda.

## **CASO CLÍNICO: BROTE PSICÓTICO (REAGUDIZACIÓN TRAS ABANDONO DE TRATAMIENTO)**

Los brotes no duran igual a cada persona. Durante el internamiento se estabilizará al paciente y se le realizará un seguimiento exhaustivo por parte de la unidad de salud mental que le corresponda.

En este tipo de padecimiento es muy importante la adherencia al tratamiento para evitar reagudizaciones y reingresos continuos.

### **BREVE HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES PERSONALES**

Paciente de 49 años, sin antecedentes de interés, ganadero de profesión, vive solo en una casa del campo, separado. Derivado por dispositivo por orden de juez de guardia para estudio de posible cuadro psicótico. Según refiere su hija, el paciente tiene antecedentes desde hace unos 25 años (desde que vivía con su ex esposa), de un posible trastorno de personalidad, con ideas delirantes " la gente se ríe de mí", " todos están en mi contra". Al parecer fue valorado por médico, se desconoce si psiquiatra, que le prescribió una medicación (sin posibilidad de conocer cuál), que se estuvo tomando por su cuenta durante años.

Una semana antes del ingreso, tras una discusión con su hermano, le agrede y desaparece del pueblo tras vender todo su ganado. La hija denuncia su desaparición días antes del ingreso, hasta que el día anterior al mismo, al intentar registrarse en un hotel en Antequera, ven la orden de búsqueda y avisan a FOP derivándolo al hospital. La hija tiene una orden judicial de valoración de su estado mental. Al parecer, desde unos días antes del ingreso, está vagando por Andalucía y entrando a iglesias refiriendo que va a pasar algo.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Sin antecedentes de interés.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente atendido en su hospital comarcal de referencia, desde donde es remitido a esta unidad. Hace unos 6 meses abandona la medicación porque se nota muy decaído. Según cuenta su hija, desde entonces va por el pueblo en actitud agresiva, refiriendo amenazas e insultos contra terceras personas, hablando de voces y visiones que presenta. Ha intentado que mediante orden judicial sea evaluado pero no lo han conseguido.

## **CASO CLÍNICO: BROTE PSICÓTICO (REAGUDIZACIÓN TRAS ABANDONO DE TRATAMIENTO)**

### **ENFERMEDAD ACTUAL (EXPLORACIÓN FÍSICA Y PSÍQUICA)**

Consciente, sujeción física, suspicaz, agresividad contenida. Ideación de perjuicio y persecución por parte de terceros que no especifica. Nula colaboración, afirmando que solo hablará delante de un juez. Debido a que comienza a alterarse, damos por finalizada la entrevista.

Los datos, han sido dados por su hija.

Debido a las alteraciones conductuales, nula conciencia de enfermedad, Formaciones psicóticas y riesgo de auto y heteroagresividad, es ingresado en la unidad de Salud Mental.

### **INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS**

Física: BEG, C y O. Bien N, H, y P. Normocoloreado. Eupneico. Tolera decúbito. CC: No IY. TORAX: normoconstituido. AP: MVC, sin ruidos patológicos. AC: rítmico, sin soplos. ABD: blando y depresible. Indoloro. Peristaltismo presente. B (-), M (-), PPRB (-). EE: no edemas; pulsos positivos bilaterales. Sin signos de TVP.

Pruebas complementarias incluyendo TAC craneal: sin alteraciones.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

Descompensación psicopatológica VS Brote Psicótico

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Brote psicótico

### **TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS**

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

Seguirá una dieta equilibrada (alimentos frescos, verduras, frutas, legumbres) con bajo contenido en grasas y colesterol y tomará líquidos abundantes.

Deberá tomar con moderación o suprimir bebidas estimulantes como el café, té, colas y bebidas alcohólicas. Continuará tomando el tratamiento prescrito por el médico. Si tiene alguna duda sobre la administración de algún medicamento lo consultará. Nunca debe automedicarse.

Respetará la dosis y el horario indicado. Recuerde que algunos medicamentos deberá tomarlos con las comidas para reducir los trastornos gastrointestinales.

## **CASO CLÍNICO: BROTE PSICÓTICO (REAGUDIZACIÓN TRAS ABANDONO DE TRATAMIENTO)**

Deberá consultar con su médico siempre que pierda muchos líquidos por vómitos, diarreas o sudoración excesiva.

Evitará los lugares cerrados donde se esté fumando, o aquellos en los que haya reunidas muchas personas para protegerse de infecciones respiratorias. Evitará cambios bruscos de temperatura y corrientes de aire.

Ocupe su tiempo libre con actividades que le gusten (lectura, televisión, cine, manualidades). Intente llevar una vida sana, combata el estrés, realice ejercicios de relajación.

Debe mantenerse despierto con un nivel de actividad/ejercicio adecuado durante el día (paseos, ejercicios pasivos) y establecer un horario fijo de sueño para que duerma bien durante la noche. Dormirá más cómodamente si eleva la cabeza con unas cuantas almohadas disminuye el nivel de ruido y luz por la noche, asegura una temperatura adecuada. No tome cenas copiosas y evite estimulantes (café, té, colas y bebidas alcohólicas). Si le cuesta conciliar el sueño tome infusiones relajantes (tila) unida a la medicación que tenga prescrita.

### **EVOLUCIÓN**

Queda ingresado en nuestra unidad una semana. Tras estabilización es derivado a la Comunidad de Cuidados de Salud Mental donde se seguirá su evolución y apego al tratamiento.

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA**

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. 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.

Se puede decir que los brotes psicóticos son de origen multifactorial, los cuales afectan a 1% de la población. Suele aparecer en edades jóvenes, y el tratamiento es tanto farmacológico como psicosocial; siendo muy alto el porcentaje de falta de adherencia del tratamiento.

## **CASO CLÍNICO: BROTE PSICÓTICO (REAGUDIZACIÓN TRAS ABANDONO DE TRATAMIENTO)**

Por ello 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. Además es importante involucrar a la familia y hacer consciente a estas lo importante de la toma de la medicación, para así evitar las numerosas reagudizaciones y el padecimiento del paciente y de su entorno.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Johannessen J, Martindale B, Culberg J. Evolución de las psicosis. Barcelona: Herder; 2008.
2. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. Actualización del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Am J Psychiatr (Ed Esp). 2001; 4 (2):104-16.
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.