

CAPÍTULO IV

Brotos psicóticos

*Jorge Ballesteros, MD
Sección de Psiquiatría
Fundación Santa Fe de Bogotá*

El brote psicótico se define como una alteración grave en el juicio de la realidad que se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios en la conducta, que van desde la agitación psicomotora hasta el estupor catatónico.

El estudio de un paciente con brote psicótico se inicia con la historia clínica completa, la cual debe encaminarse a efectuar un diagnóstico de la patología subyacente, ya que el brote psicótico por sí solo no es una entidad nosológica y constituye una sintomatología común a varias entidades psiquiátricas. Para tales efectos es necesario siempre tener en cuenta los datos aportados por los familiares, porque frecuentemente estos pacientes, por su mismo cuadro clínico, no están en capacidad de suministrar una información confiable.

ETIOLOGÍA

Efectuar un estudio de las diferentes patologías psiquiátricas sería extenso y sobrepasa los objetivos de esta guía, por lo cual sólo se refiere a aquellas patologías que con mayor frecuencia se asocian al brote psicótico.

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lengua-

je desordenado, conducta catatónica y/o desorganizada y síntomas negativos tales como el aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Al menos dos de estos síntomas pueden haber estado presentes durante 6 meses (salvo que el paciente se haya tratado previamente) y se asocian a una disfunción laboral y social.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

Este cuadro se caracteriza por la presencia de uno de los dos siguientes síntomas:

- Ideación delirante.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Conducta catatónica o desorganizada.

Los síntomas pueden tener una duración de un día hasta un mes. Corresponde a la anteriormente denominada **psicosis reactiva**, en la cual un factor de estrés es el desencadenante, habiéndose descartado un factor orgánico o el uso de sustancias químicas. Si la persistencia del cuadro es mayor a un mes y menor de seis, se efectúa un diagnóstico de **trastorno esquizofreniforme**. Este cuadro, a diferencia de la esquizofrenia, además de su tiempo de evolución no presenta síntomas premórbidos (disfunción o deterioro laboral y social) y no cursa con aplanamiento del afecto, lo cual hace que tenga un mejor pronóstico que la esquizofrenia.

El **trastorno psicótico debido a enfermedad médica y el trastorno psicótico inducido por sustancias químicas** son brotes psicóticos donde, respectivamente, una enfermedad médica o el consumo de una sustancia y/o medicamento originan el cuadro psicótico.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

El trastorno depresivo mayor puede cursar con síntomas psicóticos, los cuales pueden ser congruentes con el estado de ánimo. Un ejemplo de éstos son las alucinaciones o ideas delirantes, cuyo contenido se relaciona con sentimientos de inutilidad, culpa, enfermedad o nihilismo. Su contraparte, el episodio maniaco, igualmente puede cursar con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo; la ideación delirante y el contenido alucinatorio se relacionan con el aumento de la autoestima, poder, sabiduría, etc.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante anotar la dificultad que se presenta con cierta frecuencia para evaluar la presencia o no de alucinaciones. Las alucinaciones son alteraciones sensorio-perceptivas no asociadas a un estímulo externo. Si un paciente refiere que el techo o las paredes le parecen cambiar de forma, tamaño, o distancia, esto obedece a una ilusión, y puede corregir este error de percepción al ser interrogado. Igualmente, pacientes que están recibiendo hipnóticos y/o sedantes pueden narrar alucinaciones de carácter muy vívido al despertar o al dormirse (alucinaciones hipnopómpicas e hipnagógicas respectivamente) las cuales no hacen parte de un trastorno psicótico. La acatisia se mencionará posteriormente.

MANEJO

La historia clínica debe ir dirigida a **descartar** la presencia de alguna **enfermedad médica**, así como la presencia de alguna **sustancia o medicamento** que pudiera estar generando el cuadro. Por eso el examen físico y neurológico completo son de gran ayuda diagnóstica, y se deben complementar con exámenes paraclínicos según el caso. Un paciente en estado de agitación psicomotora es una urgencia psiquiátrica, ya que constituye un peligro, tanto para sí mismo como para los demás. El centro hospitalario debe contar con los medicamentos necesarios en el sitio de recepción. Cinco minutos en estado de agitación psicomotora severa pueden ser catastróficos. Cuando el cuadro es severo es difícil obtener una historia previa y mucho menos un diagnóstico, pero el tratamiento no da espera.

Se debe proceder a la **contención**, la cual, idealmente, se efectúa por 5 personas que se harán cargo de las 4 extremidades (sujetando la parte proximal) y de la cabeza. Si no se puede efectuar la contención, se recomienda que el médico efectúe la entrevista o el abordaje del paciente en un sitio donde tenga acceso a una salida en caso de emergencia. El médico debe **informar al paciente en forma clara y concisa** el procedimiento que se le va a efectuar. El lograr transmitir esta seguridad y decisión al paciente por parte del médico evita, en ocasiones, que el cuadro de agitación aumente. Por el contrario, si el paciente percibe que en el médico puede haber duda, temor o susto, esto será aprovechado con el fin de intimidar más al grupo de soporte.

Esta situación deja entrever un aspecto y es que, si bien, la psicosis implica una ruptura con la realidad, ésta no se produce totalmente. Generalmente partes del “Yo” están habilitadas para establecer algún tipo de contacto con la realidad, y el médico, si tiene entrenamiento psicoterapéutico, puede aprovecharlo.

FARMACOTERAPIA

Dado lo apremiante de la situación se requiere que el manejo sea por vía parenteral usando neurolepticos incisivos. En nuestro medio contamos con el **haloperidol** en ampollas de 5 mg. Si el cuadro es severo se sugiere iniciar con una dosis de 5–10 mg IV cada media hora hasta obtener la respuesta deseada. Generalmente no se requieren dosis mayores a 30 mg, pero en caso de necesidad se puede aumentar la dosis (se han reportado dosis hasta de 100 mg) ya que es un fármaco que ofrece un amplio margen de seguridad, haciéndolo de elección para el manejo de pacientes comprometidos médicamente. El haloperidol tiene un efecto sedativo muy bajo, por lo cual, si se requiere sedación, se sugiere el uso de **diazepam** 5–10 mg IV lento (1-2 minutos). Ofrece mayor seguridad la vía IV, la absorción IM puede ser errática.

Cuando el brote psicótico hace parte de un trastorno del estado de ánimo se debe iniciar el manejo correspondiente. Además de las medidas anteriormente expuestas, si el cuadro corresponde a un trastorno depresivo mayor se debe iniciar manejo con antidepresivos. Si el cuadro es un trastorno bipolar se debe iniciar manejo con estabilizadores del estado de ánimo como litio, carbamazepina o ácido valproico. Los cuadros de manía generalmente responden a dosis bajas de neurolepticos y al uso de benzodicepinas como el lorazepam o el clonazepam.

Es necesario mencionar dos efectos secundarios de los neurolepticos, a saber:

Acatisia: cuando el médico no está habituado al uso de neurolepticos, es frecuente que al observar en el paciente una inquietud motora (el paciente se levanta y se sienta continuamente, con incapacidad para el reposo y desasosiego), confunda este cuadro con un

aumento de la agitación psicomotora, llevando en ocasiones a formular más neuroleptico cuando lo que se requiere es la disminución de la dosis -en lo posible-, adicionando el uso de biperideno-akineton 5 mg IM o prometazina-fenergán.

El síndrome neuroleptico maligno: este cuadro amenaza la vida del paciente y se caracteriza por rigidez muscular generalizada, fiebre, diaforesis, taquicardia, aumento de la tensión arterial, mutismo, embotamiento y agitación. Generalmente se asocia con el uso de elevadas dosis de neurolepticos o con el uso de 2 ó más de ellos, siendo más propensos los pacientes de edad avanzada o los comprometidos orgánicamente. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis y aumento de la CPK (>1000 IU). El manejo requiere hospitalización, suspensión de los neurolepticos y medidas generales, como reposición hidroelectrolítica, medios físicos, dantrolene 2-3 mg/kg IV, bromocriptina 2,5-10 mg cada 6 horas y administración de benzodiazepinas.

Todo paciente con diagnóstico de brote psicótico, así éste haya sido resuelto, deberá tener valoración psiquiátrica, pues es necesario determinar los posibles factores psicodinámicos subyacentes.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Adnet P, Lestavel P, Krivosic-Horver R. Neuroleptic malignant syndrome. Br J Anaesth 2000; 85:129-135.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154(4 Suppl):1-63.
3. Brook S, Lucey JV, Gunn KP. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis. Ziprasidone I.M. Study Group. J Clin Psychiatry 2000; 61:933-941.

4. Byford S, Barber JA, Fiander M, et al. Factors that influence the cost of caring for patients with severe psychotic illness: report from the UK 700 trial. *Br J Psychiatry* 2001; 178:441-447.
5. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2000; 177:8-14.
6. Volavka J, Czobor P, Sheitman B, et al. Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:255-262.
7. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive care management compared with standard care. *BMJ* 2001; 323:1093-1096.
8. Walsh E, Harvey K, White I, et al. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomized controlled trial of case management: report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2001; 178:255-260.