



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/2133 - PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Díaz-Salazar de la Flor¹, S. Quintanilla Cortes², A. de la Cal Núñez³ y N. Huarachi Berne⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años que acude a centro de salud por demandar su madre inicio de tratamiento ansiolítico ante episodio de conducción temeraria en contexto de estrés el día previo. Acudió al hospital donde suministraron diazepam. La madre comenta que ha notado un cambio claro desde hace un mes; la encuentra irritable, nerviosa, con pérdida de peso y frecuentes discusiones en el trabajo. Aislamiento progresivo de su familia y amigos, conductas agorafóbicas, estado de ansiedad, nerviosismo y desconfianza hacia los demás. En la anamnesis dirigida la paciente dice sufrir acoso laboral desde hace años, como una afrenta continuada que han perpetrado diferentes personas, sin saber precisar quiénes ni desde cuándo. Afirma que han entrado en su domicilio a desordenar sus pertenencias. Ante sospecha de clínica psicótica se deriva a servicio de urgencias para valoración por psiquiatría. Antecedentes personales: episodios de ansiedad. Centro de ayuda a drogodependencia por consumo de cannabis.

Exploración y pruebas complementarias: Intranquila, expansiva, verborreica. Discurso muy tangencial con circunstancialidad y autorreferencialidad. Ideación delirante de perjuicio estructurada. No alteraciones sensorio-perceptivas. Importante repercusión conductual, ha presentado conductas que han puesto en riesgo su integridad física y la de terceros. No se identifica clínica afectiva mayor. Insomnio mixto e hiporexia, con pérdida ponderal significativa no cuantificada.

Orientación diagnóstica: Primer episodio psicótico.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Consumo perjudicial de tóxicos.

Comentario final: Ante primer episodio psicótico desde atención primaria se ahondará en la duración y características de los síntomas, el consumo de tóxicos y la repercusión a nivel laboral y social y la exclusión de enfermedades orgánicas que puedan explicar el cuadro. Se derivará a hospital de referencia para valoración urgente por psiquiatría. Esta paciente cumple criterios de esquizofrenia: 2 criterios A (ideas delirantes y lenguaje desorganizado de duración > 1 mes), y un criterio B por ruptura biográfica (disfunción laboral y aislamiento social). Una correcta anamnesis y exploración psicopatológica desde atención primaria será clave para diferenciar delirio estructurado de otros trastornos mentales.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.

Palabras clave: Ideación delirante. Ruptura biográfica.