



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1602 - BROTE PSICÓTICO EN UN DOMICILIO

M.E. Pejenaute Labari^a, E. Guerola Pejenaute^b, S. Alcalde Muñoz^c, V.R. Oscullo Yopez^c, A.I. Castellano Crespo^d, M. Ricote Belinchón^a, Á. Sáez Hernández^a, M.T. Sánchez Villares^a, O. Hernández Canencia^e y L. Martínez Berganza-Asensio^a

^aMédico de Familia; ^bPsicóloga; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dTrabajadora Social; ^eEnfermera. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años que vive sola, sin antecedentes psiquiátricos ni de deterioro cognitivo previos. Consulta telefónicamente porque “hay aviones de combate frente a su terraza”. Acudo al domicilio objetivando que presenta un cuadro delirante sin agresividad. Solicito traslado forzoso al hospital dado que la paciente se niega a ir voluntariamente, con la sospecha de primer episodio de brote psicótico. En el hospital confirman las ideas delirantes, pautan quetiapina 25 mg/d y le dan de alta con el diagnóstico de síndrome confusional agudo resuelto, deterioro cognitivo y revisiones ambulatorias a las que la paciente no acude, aunque permanece sin delirio en las revisiones en mi consulta. Tres meses después acude por nuevo cuadro delirante con alucinaciones auditivas tras haber abandonado por iniciativa propia el tratamiento antipsicótico para realizarse pruebas, derivo al hospital y tras observación 24 horas es dada de alta con el mismo diagnóstico de su última visita a urgencias y quetiapina 50 mg/d. Tras este segundo episodio contacto con la trabajadora social que la visita en domicilio donde objetiva alteraciones conductuales de la paciente en la vecindad. Ante esta situación realizamos un informe conjunto a la fiscalía solicitando ingreso hospitalario e incapacitación. La paciente es derivada de nuevo a urgencias por alteraciones del comportamiento mediante traslado forzoso siendo ingresada un mes. Se le pauta paliperidona 100 mg im/mensual con buena respuesta.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica, RM y SPECT cerebral normales.

Juicio clínico: Trastorno delirante.

Diagnóstico diferencial: Psicosis por sustancias o asociadas a patología médica.

Comentario final: Me coordino con el psiquiatra, ante la buena respuesta al tratamiento, para seguimiento conjunto que realizamos quincenalmente permaneciendo la paciente estable con buena adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico. El abordaje y la coordinación multiprofesional es fundamental para lograr un adecuado manejo del paciente con patología mental grave.

Bibliografía

1. Marder S, Davis M. Clinical manifestations, differential diagnosis, and initial management of psychosis in adults. Uptodate, 2016.
2. El paciente delirante. Fistera, 2012.

Palabras clave: *Psicosis. Atención Primaria.*