CASO CLÍNICO 1

Paciente varón de 38 años, soltero, vive con su madre de 72 años, de profesión albañil, acude al Centro de Salud Mental para tratamiento ambulatorio del alcoholismo que padece, aconsejado por su médico de cabecera, presionado por su familia y por un accidente de tráfico con alcoholemia positiva pendiente de juicio. Viene con su hermana que le acompañará y ayudará en su tratamiento y rehabilitación siempre que pueda.

El paciente refiere que inició el consumo de alcohol en la adolescencia, con un consumo ya excesivo en esos años durante los fines de semana y con alguna intoxicación de forma esporádica. Por esa época se inició también en el consumo de cannabis de forma esporádica. A los 22 años el consumo de alcohol era ya diario y el de cannabis se hizo más habitual al tener más poder adquisitivo, y la cantidad y la frecuencia de consumo de ambos tóxicos aumentó con el paso de los años. En el último año venía realizando consumos de 310 g/día de alcohol, que aumentaba a 340 g/día los fines de semana, cannabis 2 o 3 «porros» diarios y alguno más en fin de semana, y desde hace algunos años, con ocasión de fiestas o celebraciones, ha consumido alguna raya de cocaína, últimamente de forma más habitual, siempre con ocasión de consumos excesivos de alcohol.

Desde hace varios años llegaba a casa semiintoxicado diariamente y algún fin de semana francamente embriagado. Su médico de cabecera le había comentado que su analítica refería una hepatitis alcohólica con elevación de transaminasas y una anemia megaloblástica con aumento del VCM y de la HCM, por lo que el paciente decide acudir a nuestro centro, sin demasiada conciencia del problema.

Refiere no consumir alcohol desde hace 24 h. A la exploración el paciente presenta gran hiperactividad autonómica, ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profusa en manos y cara con «flaping tremor», ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, facies abotargada, labios cianóticos, hipertrofia parotídea, cansancio y malestar general. A la palpación se aprecia un abdomen globuloso con ligera hepatomegalia de 2-3 cm; no se aprecia ningún otro tipo de masas o megalias. Auscultación cardiopulmonar normal, ligera taquicardia con una frecuencia cardíaca de 92 pulsaciones/min, presión arterial de 130/85 mmHg.

Ante su situación de probable síndrome de abstinencia, se decide enviar al paciente al hospital para realizar una desintoxicación hospitalaria y se le insta para que cuando le den el alta, acuda de nuevo a nuestro centro con objeto de finalizar su historia clínica y continuar su tratamiento de deshabituación y rehabilitación posterior.

Responda a las siguientes cuestiones: (CASO 1)

1. **Justifique por qué la historia inicial se ciñe exclusivamente a la historia del consumo y qué aspectos consideraría de forma específica en una segunda consulta tras el alta hospitalaria. Señale de qué manera facilitaría la entrevista para obtener una información fiable.**

2. **Es esperable encontrar antecedentes familiares de patología psiquiátrica. ¿Cuáles?**

3. **Entre las consecuencias que al paciente le ha podido provocar este consumo excesivo de alcohol, enumere tres en cada una de las siguientes áreas: 1. Salud física 2.Entorno socio-familiar y 3.Consecuencias neuropsiquiátricas.**

4. **Justifique la relevancia o no de la información familiar.**

5. **Para completar el diagnóstico, enumere y describa brevemente qué instrumentos de detección y diagnóstico se pueden utilizar tanto en esta fase actual como en previas.**

6. **Describa los marcadores que podrían encontrarse alterados en el momento del ingreso.**

7. **Respecto al tratamiento farmacológico y una vez realizada la desintoxicación hospitalaria, indique qué tratamientos se le podrían prescribir para continuar con la deshabituación y su mecanismo de acción.**

8. **Indique qué abordaje psicoterapéutico se podría ofertar inicialmente con grado de recomendación I según la APA (Asociación Americana de Psiquiatría).**

9. **Enumere los dispositivos disponibles, tanto dentro de la Red de Salud Mental de Navarra, como recursos concertados o de la comunidad, de los que podría beneficiarse el tratamiento de deshabituación del paciente.**

10. **Explique brevemente el procedimiento de derivación a los dispositivos enumerados en el punto anterior.**

CASO CLÍNICO 2

Varón de 40 años, casado, que en la actualidad convive con su esposa. Como antecedentes médicos destaca la presencia de crisis convulsivas en la infancia, por las que estuvo en tratamiento hasta los 8 años e hipercolesterolemia. Antecedentes familiares de epilepsia en tres generaciones de la rama materna. Es el mayor de 2 hermanos. Sus padres se separaron cuando él tenía 4 años. Embarazo y parto sin alteraciones. Hitos del neurodesarrollo alcanzados con normalidad. Su madre le define como una persona cariñosa y ordenada, aunque "especial" desde siempre. Realizó estudios de FP (electrónica) con buenos rendimientos y mantenía adecuadas relaciones sociales durante la infancia y adolescencia.

A los 18 años realizó el servicio militar y fue entonces cuando inició el consumo de tóxicos. Consumo de alcohol y cannabis desde entonces, sin apenas periodos de abstinencia total y con periodos de consumo diario de ambas sustancias (hasta 20 porros al día y alcohol hasta la intoxicación).

En el año 2000, el paciente comenzó a mostrarse extraño, desconfiado y refería que había trabajado para el Centro Nacional de Inteligencia, participando en importantes operaciones policiales. Esta sintomatología fue empeorando de forma progresiva. El paciente se comunicaba con su familia a través de notas porque estaba convencido de que habían instalado micrófonos en su domicilio para controlarle, creía que le seguían por la calle y apenas salía de casa ni mantenía relaciones sociales porque se encontraba atemorizado en relación a la creencia de que iban a matarle. Creía que en la televisión hablaban de él, que podían leerle el pensamiento y de forma ocasional reconocía recibir órdenes de personas que no lograba ver. Se mostraba tan angustiado que llegó a realizar un intento autolítico tras el que finalmente, se produjo un ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en el año 2002. En este momento, el paciente consumía 8 porros de cannabis al día y bebía alcohol aproximadamente un día a la semana hasta la intoxicación.

Responda a las siguientes cuestiones: (CASO 2)

1. **Según criterios CIE-10 y DSM-5, ¿cuál cree que es el/los diagnóstico/s del paciente en el momento actual?**

2. **En el caso de que el paciente solicitara el alta voluntaria el mismo día del ingreso, ¿cuál es el procedimiento que debemos realizar y en qué artículo de qué ley se apoya dicho procedimiento?**

Tras el alta del primer ingreso (en el que se produjo una remisión completa de la sintomatología), el paciente continuó seguimiento ambulatorio en su CSM, tratamiento farmacológico y mantuvo la abstinencia del consumo de alcohol (no de cannabis) durante dos meses aproximadamente. Tras abandonar el tratamiento y persistir el consumo de tóxicos, el paciente presentó una nueva descompensación psicopatológica por la que precisó un nuevo ingreso en el año 2003. Este mismo patrón se repitió en los siguientes años, requiriendo hasta 4 ingresos posteriores por descompensación psicopatológica.

3. **Si usted fuera el psiquiatra referente de este paciente, ¿qué intervenciones se plantearía en las circunstancias actuales?**

4. **Según las principales guías de práctica clínica, ¿cuáles son los criterios para el uso de los antipsicóticos inyectables de larga duración y cuál de ellos utilizaría?**

5. **¿Sería necesario solicitar un consentimiento informado? ¿Qué ley contempla la regulación sobre los consentimientos informados? Nómbrela y describa lo referente a dicho concepto.**

El paciente se mantuvo estable a nivel psicopatológico durante los años posteriores en tratamiento con Risperidona inyectable de larga duración 50 mg cada 2 semanas. Mantenía consumo diario de cannabis y ocasional de alcohol.

En el año 2010, el paciente comenzó a presentar de forma prácticamente diaria, movimientos oculares involuntarios consistentes en cierre ocular repetitivo de duración variable, por lo que inició seguimiento y tratamiento en consultas de Neurología, al mismo tiempo que mantenía el tratamiento en Salud Mental.

6. **¿Cuál cree que es el diagnóstico más probable que realizaron en el Servicio de Neurología y cuál su tratamiento de elección en la actualidad?**

Posteriormente, estos movimientos comenzaron a extenderse a otras zonas de la cara y extremidades. En este momento, el paciente se trasladó a vivir a otra Comunidad Autónoma (Asturias), por lo que desconocemos las pautas de tratamiento y el estado clínico del paciente durante ese periodo de tiempo, ya que el paciente carece de informes y no es capaz de recordarlo con precisión.

En Noviembre de 2016, el paciente acudió al Servicio de Urgencias del CHN. Refería que en la última semana había intentado disminuir el consumo de alcohol (venía consumiendo 2-3 copas de anís y 10 cervezas de manera diaria desde hacía unos 2 meses) por las consecuencias que le estaba generando (lagunas mnésicas, caídas en estado de intoxicación) al tiempo que había aumentado el consumo de cannabis (hasta 15-20 porros al día) y benzodiacepinas (hasta 50 mg de Diazepam al día). Reconocía además que hacía aproximadamente una semana, había abandonado el tratamiento con Aripiprazol 10 mg que tenía pautado desde Asturias. Presentaba una elevada inquietud psicomotriz, con movimientos coreoatetósicos involuntarios generalizados continuos (que reconocía presentar desde hacía mucho tiempo aunque con empeoramiento en los últimos días), llegando a solicitar poder permanecer en posición "fetal" durante la entrevista para poder sobrellevarlos. No presentaba sintomatología afectiva ni psicótica nuclear aunque sí ideación de muerte en relación con su situación vital. El paciente fue ingresado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

7. **Realice un diagnóstico diferencial de la clínica presentada por el paciente en el momento actual y señale las pruebas complementarias e intervenciones que realizaría en función del mismo.**

8. **¿Qué escala utilizaría para la valoración de la sintomatología motora presentada por el paciente?**

9. **En relación con su hipótesis diagnóstica, realice un Plan de Tratamiento Individualizado.**

10. **En caso de ausencia de respuesta al tratamiento pautado como primera opción, describa las posibles intervenciones que podrían realizarse.**