

Asthenia y adinamia en un paciente con trastorno esquizoafectivo: no todo está en la mente

Asthenia and Adinamia in a Patient with Schizoaffective Disorder: Not Everything is in the Mind

MARCELA RODRÍGUEZ

Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia

DIEGO ROSSELLI^a

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

RESUMEN

Un hombre de 53 años de edad, con antecedente de trastorno esquizoafectivo, consultó por astenia y adinamia. Se le diagnosticó una crisis depresiva y se le hospitalizó en una unidad de salud mental. En el examen médico se encontró malnutrición, anemia ferropénica e hipovitaminosis B12. En el paciente con enfermedad mental severa es necesario superar el estigma de enfermedad mental y ofrecer servicios médicos integrales de calidad.

Palabras clave

trastornos mentales; estado nutricional; comorbilidad; esquizoafectivo; anemia.

ABSTRACT

A 53-year-old patient with previous history of schizoid-affective disorder consulted for asthenia and adynamia, was diagnosed as depressive crisis and was hospitalized in an acute mental health unit. Malnutrition, ferropenic anemia and hypovitaminosis B12 were noticed. The approach to the patient with severe mental disorder must be free of the stigma related to the mental illness in order to offer integral and optimal health care services.

Keywords

mental disorders; nutritional status; comorbidity; schizoaffective; anemia.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: diego.rosselli@gmail.com

Cómo citar: Rodríguez M, Rosselli D. Astenia y adinamia en un paciente con trastorno esquizoafectivo: no todo está en la mente. Univ Med. 2017;58(2): 1-5. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-2.aste>

Introducción

El trastorno esquizoafectivo es una categoría nosológica en la que se encuentran elementos propios de la esquizofrenia y elementos afectivos. En la décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se define como un trastorno episódico en el cual tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados, y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o, al menos, con pocos días de diferencia entre unos y otros. Consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de

episodio depresivo o maniaco. Los episodios esquizoafectivos deben ser recurrentes y pueden ser de tipo maniaco, depresivo o mixtos, y predominar por sobre los síntomas típicos del trastorno afectivo bipolar [1].

Algunos plantean que el trastorno esquizoafectivo puede estar ubicado en medio de un espectro entre la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar [2]. Otros lo consideran una entidad independiente [3]. La presencia de síntomas de carácter afectivo, tanto de la línea expansiva como de la línea depresiva, junto con alteraciones del pensamiento y otros de orden somático (astenia, adinamia, cansancio y postración) forman parte de la expresión sintomática de las crisis en el marco del trastorno esquizoafectivo. El abordaje diagnóstico de pacientes con enfermedad crónica en fase aguda debe incluir una evaluación que permita descartar condiciones orgánicas que expliquen de manera parcial o total la presencia de síntomas afectivos o psicóticos.

Numerosos estudios muestran que las personas con enfermedad mental severa (EMS), incluyendo esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo mayor, presentan un aumento en la mortalidad, pues llegan a presentar tasas dos o tres veces mayores que la población general. Esta diferencia en la mortalidad, que se traduce entre 13 a 30 años de disminución en la expectativa de vida, ha aumentado en las décadas recientes, incluso en países donde se han logrado mejoras en los sistemas de atención en salud. Se estima que el 60 % de este aumento de mortalidad se deriva de enfermedades físicas [4].

El presente caso corresponde a un paciente con EMS que, mediado por el estigma y la psiquiatrización de los síntomas y los signos, cursa con una patología orgánica que se interpretó como una reactivación de síntomas afectivos e ideacionales en el marco de su trastorno esquizoafectivo de base.

Caso clínico

El paciente es un hombre de 53 años de edad con historia de enfermedad mental que inició en su juventud. Inicialmente, había sido diagnosticado con trastorno afectivo bipolar y, más adelante, dada la afectación de su funcionamiento general, el diagnóstico cambió a trastorno esquizoafectivo. Fue remitido a una clínica psiquiátrica para manejo intrahospitalario con diagnóstico de episodio mixto. El paciente refería sensación persistente de tristeza desde hacía alrededor de un mes, insomnio con múltiples despertares, hiporexia, ansiedad, sentimientos intensos de soledad y desesperanza frente al futuro; incluso, llegó al autorreproche alrededor de su incapacidad para conformar una familia y su total dependencia de su padre. Tenía, además de adinamia, dificultad para la toma de decisiones, fallas en la concentración y la memoria reciente, inseguridad frente a las actividades de la vida cotidiana, incluidos pasar tiempo solo en casa y salir a la calle. También refería ideas de muerte con ideación suicida de moderada estructuración, al pensar en la posibilidad de tomar una sobredosis de los psicofármacos que recibe. En palabras del paciente: “yo quisiera hacer las cosas; pero es como si yo no tuviera energía para pararme de la cama, me canso mucho y me duele todo”.

Como antecedentes se reportaron diabetes tipo 2 en tratamiento con Metformina y buen control glucémico. También recibió atorvastatina para dislipidemia. Ha tenido ocho hospitalizaciones en la institución donde ha sido atendido desde el 2011 a la fecha. Toda su vida ha estado en casa de sus padres. Su mamá murió once años atrás, por un cáncer de estómago. Actualmente, vive con su hermana y con su padre, quien lo sostiene económicamente. Nunca ha tenido periodos de convivencia con su pareja, si bien sostiene una relación desde hace muchos años, y es este uno de sus vínculos más significativos. No ha tenido conductas de agresividad ni intentos suicidas, y han sido más frecuentes los episodios depresivos, aunque ha presentado un par de episodios de características mixtas. Su familia lo describe como un hombre

tranquilo, que disfruta de la lectura y colabora con las actividades cotidianas de la casa. Dos semanas antes de la consulta había estado internado en un hospital general por un episodio de síncope que generó una lesión en la cara y requirió sutura. No se aclaró la causa del episodio sincopal.

A su ingreso a la institución receptora, llamó la atención la marcada palidez mucocutánea. El hemograma mostró un recuento de leucocitos ligeramente disminuido ($4250/\text{mm}^3$), hemoglobina de 11,1 g/dl (normal = 14-18 g/dl), hematocrito de 38,1 % (normal = 42-52 %), hemoglobina corpuscular media de 20,2 pg (normal = 26-34 pg), concentración hemoglobina corpuscular media de 29,2 g/dl (normal = 31-38 g/dl), volumen corpuscular medio de 69 fl (VR: 82-98 fl). Igualmente, se reportó hipocromía moderada, anisocitosis ligera, microcitosis, poiquilocitosis ligera, eliptocitos+. La glucemia y la hemoglobina glicosilada fueron normales, así como el ionograma y las pruebas de función hepática, renal y tiroidea.

Durante la hospitalización, el paciente mantuvo signos vitales normales, sin taquicardia, hiper o hipotensión, o cifras de saturación por debajo de los valores de referencia. Se decidió dejar el mismo esquema de psicofármacos que venía recibiendo desde hacía varios meses (carbamacepina: 200 mgc/12 h; lamotrigina: 25 mg/día; haloperidol: 5 mg/día; lorazepam: 1 mg c/8 h); además de metformina, atorvastatina y esomeprazol, formulados por su médico internista.

Al estudiar su anemia, se encontraron concentraciones de vitamina B12 en 134 pg/ml (197-771), ferritina de 1,83 ng/ml (30-400) y hierro sérico de 17 $\mu\text{g}/\text{dl}$ (60-160). En una reentrevista tanto al paciente como al padre se estableció un antecedente de hemorragia de vías digestivas altas hacía algo más de un año y supresión de consumo de carnes, debido a dolor constante en las piezas dentarias, las cuales, en el examen físico, se encontraban con múltiples focos de caries.

Se interconsultó al servicio de medicina interna, que ordenó iniciar restitución con cianocobalamina de 1000 μg en un esquema

habitual de una ampolla al día durante 7 días, continuando una ampolla a la semana por 4 semanas más y mantenimiento de una ampolla al mes. En igual sentido, se inició la administración de sulfato ferroso en dosis de 300 mg/día. El paciente presentó una rápida mejoría en su cuadro clínico y se vinculó de manera progresiva a las actividades terapéuticas y remisión progresiva de los síntomas, por lo cual se le dio salida tras 14 días de hospitalización. Fue visto nuevamente 30 días tras su egreso, con superación de síntomas, como astenia, adinamia y enlentecimiento motor, y si bien persisten algunos elementos depresivos de base, el funcionamiento global del paciente retornó al nivel previo a su consulta inicial.

Discusión

Las personas con EMS presentan reducción en su expectativa de vida, asociada a enfermedades físicas, especialmente enfermedades cardiovasculares, metabólicas y en íntima relación con las condiciones nutricionales.

En las últimas décadas, con la introducción de los antipsicóticos atípicos, han cobrado importancia comorbilidades como síndrome metabólico, diabetes mellitus y dislipidemias, entidades derivadas de malos hábitos nutricionales y estilos de vida poco saludables, favorecidas tanto por discapacidad psicosocial y afectiva como por los efectos secundarios de los psicofármacos [5].

Por otro lado, son múltiples los factores que generan condiciones nutricionales deficitarias en la población con EMS [6]. Esto puede derivar de condiciones sociales o personales. Una de estas condiciones es la inseguridad alimentaria, entendida como la disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados y seguros. Esta condición puede generar dos situaciones: a) una ingesta insuficiente de alimentos, con insuficiente ingesta calórica con respecto a la requerida para llevar una vida activa y saludable, que genera en los sujetos hambre, desnutrición, atrofia y debilidad; b) insuficiente variedad de nutrientes

[1]. Esta condición se traduce en una amplia gama de problemas de salud que van desde deficiencias de micronutrientes (por ejemplo, anemia ferropénica, déficit de vitamina A o déficit de vitamina B12) hasta problemáticas como obesidad, enfermedad cardiovascular y cáncer [1]. Además de la disponibilidad de alimentos en suficiente cantidad y calidad, se identifican elementos asociados con la posibilidad orgánica de aprovecharlos de manera adecuada. Las condiciones de salud del aparato masticatorio es uno de estos factores. A este respecto también debe hacerse un llamado de atención sobre las condiciones de salud oral en población con EMS, a sazón del presente caso [4].

Los síntomas de estas condiciones nutricionales deficitarias, como astenia, adinamia e irritabilidad, se pueden confundir con alteraciones del estado del afecto, vistas en episodios depresivos en el marco del trastorno afectivo bipolar, el trastorno esquizoafectivo subtipo depresivo o mixto o la depresión asociada a la esquizofrenia.

El paciente expuesto en el presente caso cursaba con síntomas que inicialmente se interpretaron como una reactivación de su patología mental de base, en quien se desconocieron aspectos evidentes tanto en la anamnesis como en el examen físico. Tenía un antecedente de hospitalización por hemorragia de vías digestivas altas y recientemente había presentado una lipotimia, cuyo estudio había descartado un origen cardíaco. En el examen físico era evidente la palidez mucocutánea y un mal estado de su dentadura. La astenia y la adinamia, si bien eran su principal motivo de consulta, se presentaban en ausencia de anhedonia, criterio cardinal para el diagnóstico de episodio depresivo.

Conclusión

El abordaje del paciente con EMS, tanto en los servicios de urgencias de los hospitales médicos generales como en los servicios de hospitalización de las unidades de salud mental, requiere abordajes integrales, que partan del

estudio de las condiciones orgánicas para que, una vez estas hayan sido descartadas, se piensen como condiciones de orden mental.

La estigmatización de las personas con EMS se evidencia en muchos sectores de la sociedad, incluido el sector de la salud, donde el antecedente de un trastorno mental crónico predispone a los profesionales del área a suponer, de manera errónea, que cualquier expresión sintomática corresponde a una reactivación de sus síntomas mentales; se desconoce que muchos de estos pueden ser producidos por condiciones físicas.

Financiación

Este trabajo no recibió ninguna financiación externa.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Nunes D, Eskinazi B, Camboim Rockett F, Delgado VB, Schweigert Perry ID. Nutritional status, food intake and cardiovascular disease risk in individuals with schizophrenia in southern Brazil: a case-control study. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:72-9.
2. Lawrie SM, Hall J, McIntosh AM, Owens DG, Johnstone EC. The “continuum of psychosis”: Scientifically unproven and clinically impractical. *Br J Psychiatry.* 2010;197:423-5.
3. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry.* 2005;186:364-6.
4. De Hert M, Correll C, Julio B. Physical illness in patients with severe mental disorders: I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* 2011;10:52-77.

5. Kilbourne AM, Rofey DL, McCarthy JF, Post EP, Welsh D, Blow FC. Nutrition and exercise behavior among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9:443-52.
6. Amani R. Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? *BMC Psychiatry.* 2007;7:15.