

SALUT MENTAL I COVID-19

Què hem après?



**Grup de Treball dels Joves
Especialistes en Salut Mental de
Catalunya**

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut
Mental (SCPiSM)



SALUT MENTAL I COVID-19

Què hem après?

**Grup de Treball dels Joves
Especialistes en Salut Mental de
Catalunya**

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut
Mental (SCPISM)



SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
I SALUT MENTAL

SALUT MENTAL I COVID-19

Què hem après?

**Grup de Treball dels Joves
Especialistes en Salut Mental de
Catalunya**

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut
Mental (SCPISM)



Coordinació del projecte: Grup de Treball dels Joves Especialistes en Salut Mental de Catalunya

Idea original: Ferran Viñas Usán

Coordinació de contingut: Alexandra Garcia Guix, Maria Iglesias González, Hugo López-Pelayo, Lina Oviedo Peñuela

Coordinació editorial, disseny i maquetació: Carlo Alemany Santamaria, Aina Avila-Parcet, Ana Martín-Blanco, Ferran Viñas Usán

Il·lustració: Laia Arias i Queralt

1a Edició: Abril 2022

© Grup de Treball de Joves Especialistes en Salut Mental de Catalunya

© Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
C/ Major de Can Caralleu, 17, 08017 – Barcelona

© Jordi Blanch i Andreu per la presentació

Cita suggerida: *Grup de Treball dels Joves Especialistes en Salut Mental de Catalunya. Salut Mental i covid-19. Què hem après?. 1a ed. Barcelona: Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental; 2022*



Aquesta obra està sota llicència Creative Commons. Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License (CC BY-NC-SA 4.0).
Per veure una còpia d'aquesta llicència, visitar:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.

Sobre els autors

Joves Psiquiatres de Catalunya (JPC) va néixer l'any 2009 com un grup de treball dintre de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental (SCPISM), integrat per psiquiatres menors de 45 anys amb ganes de d'oferir activitats formatives adreçades als primers anys d'exercici professional. L'any 2020 vam decidir canviar el nom del grup al de Joves Especialistes en Salut Mental de Catalunya (JESMC), amb l'objectiu d'acollir també professionals d'altres branques de la Salut Mental.

Som un grup actiu i àvid de crear. Al llarg d'aquests 12 anys de vida, hem organitzat 9 jornades científiques, 3 tallers de contenció i un curs internacional de lideratge i desenvolupament professional dirigit per figures de renom internacional. També hem creat un premi anual a casos clínics que hagin suposat un repte. I durant la primera onada de la pandèmia, quan semblava que tot s'aturava, vam pensar que seria interessant poder compartir tot allò que la covid ens estava obligant a aprendre a marxes forçades i tot allò sobre el que ens estava fent reflexionar. I aquí teniu el resultat. Esperem que a vosaltres també us faci reflexionar.

Llistat d'autors/es: Carlo Alemany Santamaria, Meritxell Antón Soler, Néstor Arbelo, Laia Arias i Queralt, Aina Àvila-Parcet, Jose Badía, Miguel Bioque, Laura Cañas-Vinader, Mar Carceller-Sindreu, Elisabet Casellas-Pujol, Raquel Cecilia-Costa, Gemma Cervera, Aida De Arriba Arnau, Montserrat Dolz-Abadia, María Estébanez Elguezabal, Aina Fernández-Vidal, Alexandra Garcia-Guix, Eloi Giné Serven, Maria Giralt, Arnau Gisbert Solà, Maria Iglesias González, Dani Ilzarbe, Hugo López-Pelayo, Josep Martí, Ana C. Martín, Ana Martín-Blanco, Maria Martínez Ramírez, Jordi Mitjà-Costa, Ana Molano-Beteta, Conrad Molins Zambotti, Marta Niubó Gurguí, Carmen Ogalla, Roberto Palacios Garrán, Pol Palau Puig, Samuel Pàmols Pérez, Ezequiel J Pérez, Josefina Pérez Blanco, Maria Teresa Pons Cabrera, Laia Pujol, Esther Pujol Saiz, Mariana Rey, Esther Rodríguez Rodríguez, Dani Sáez, Maria Sagué Vilavella, Maite Sellart Altisent, Eduard Serrano-Troncoso, Pau Soto-Usera, Alicia Valiente-Gómez, Sara Vieira da Costa, Ferran Viñas Usán, Ángela Zules.

Índex

1. Del gimnàs a la psiquiatria: trastorn psicòtic per ús d'anabolitzants.....	14
2. Re-aprenentatge, clozapina i COVID-19 en la pràctica clínica.....	21
3. Un historiador a la pandèmia: primer episodi psicòtic.....	28
4. “Això ho ha de saber l’Oriol Mitjà!”: psicosis i COVID-19.....	34
5. “És la veritat”: COVID-19 i trastorn delirant.....	40
6. De quan es discontinua la teràpia electroconvulsiva: altres víctimes de la crisi de la COVID-19.....	45
7. Mania en temps de pandèmia: COVID-19 i trastorn bipolar.....	52
8. Catatonia i COVID-19: una solució clàssica per a un problema modern.....	58
9. La solitud: l’altra pandèmia. El risc de suïcidi durant el confinament per la COVID-19.....	64
10. La COVID-19 ressuscita els clàssics: un cas de pseudodemència depressiva....	71
11. Maltractament, depressió i COVID-19.....	77
12. Adaptant-se (o no tant) a la COVID-19: trastorn adaptatiu.....	85
13. Incertesa, ansietat i insomni.....	90
14. Les múltiples cares de l’ansietat en els sanitaris: COVID-19 i hipocondria.....	96
15. No puc controlar les meves manies: COVID i TOC.....	103
16. La manca d'accés a substàncies d'abús durant el confinament: trastorn addictiu i COVID-19.....	111
17. Nens i adolescents: confinament a casa o "a la pantalla".....	117
18. Fibril·lació ventricular per metadona i aïllament per COVID-19 en un pacient amb patologia psiquiàtrica.....	123
19. No sóc un malalt imaginari: #CovidPersistent també en adolescents.....	131
20. Diari d’una guerrera: trastorn de conducta alimentària i COVID-19.....	140
21. Reaiguda en els trastorns de conducta alimentària durant el confinament.....	149
22. Delirium: poc diagnòstic i mal pronòstic.....	156
23. Quan la COVID-19 envaeix el sistema nerviós central: COVID-19 i encefalitis.....	162

24. Autisme en temps de pandèmia.....	168
25. COVID-19 i teleassistència en trastorn de l'espectre de l'autisme, un nou horitzó.....	175
26. Al límit en temps de pandèmia: trastorn límit de la personalitat i COVID-19.....	181
27. Entre el risc i el perill: violència de parella.....	187
28. “Ni amb tu ni sense tu”: distòcia familiar greu i confinament per la COVID-19.....	194
29. Dol en aïllament per la COVID-19.....	200
30. Els oblidats (també de la COVID-19): grups en situació de vulnerabilitat social.....	206
31. L'ingrés psiquiàtric a una sala no psiquiàtrica.....	214
32. UCI, no és país per a TMS? COVID-19 i estigma en salut mental.....	220
33. Paradigma del que no es va poder fer.....	226

Glossari de termes

°C: graus Celsius (centígrads).

CAP: centre d'atenció primària.

CAS: centre d'atenció i seguiment a les drogodependències.

Cèl·lules NK: cèl·lules *natural killer*.

CIM-11: classificació internacional de malalties, 11a edició.

CPAP: *continuous positive airway pressure* / pressió positiva contínua a la via aèria.

CSMA: centre de salut mental d'adults.

CSMIJ: centre de salut mental infanto-juvenil.

DSM 5: *diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*.

EEG: electroencefalograma.

EAA: esteroides androgènics anabolitzants.

EMDR: *eye movement desensitization and reprocessing*.

h: hores.

HDL: *high density lipoproteins* / lipoproteïnes d'alta densitat.

HDOM: hospitalització a domicili.

HDRS-17: *Hamilton depression rating scale, 17 items* / escala de depressió de Hamilton, 17 ítems.

HLA DQ2: *human leukocyte antigen DQ2* / antigen leucocitari humà DQ2.

HTA: hipertensió arterial.

FIO₂: fracció inspirada d'oxigen.

IL-6: interleukina 6.

i.m.: intramuscular.

ISRS: inhibidor selectiu de la recaptació de serotonina.

LCR: líquid cèfalo-raquidi.

LDH: lactato deshidrogenasa.

LDL: *low density lipoproteins* / lipoproteïnes de baixa densitat.

MAP: metge/essa d'atenció primària.

mC: mil·licoulombs.

mcg/mL: micrograms per mil·lilitre.

mg: mil·lígrams.

mg/dia: mil·lígrams per dia.

MILLE: unitat de mitjana i llarga estada.

mm³: mil·límetres cúbics.

N: mida de la mostra.

ng/mL: nanograms per mil·lilitre.

NLRP3: component de l'inflamosoma.

O₂: oxigen.

PAFI: índex d'oxigenació que mesura la relació entre la pressió arterial d'oxigen i la fracció inspirada d'oxigen (PaO₂/FIO₂).

PCR: *polymerase chain reaction*/ reacció en cadena de la polimerasa.

PaO₂: pressió arterial d'oxigen.

pg/mL: picograms per mil·lilitre.

PSI: programa de seguiment individualitzat.

QTc: QT corregit.

RMN: ressonància magnètica nuclear.

SARS-CoV-2: *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* / coronavirus de tipus 2 causant de la síndrome respiratòria aguda severa.

SEM: servei d'emergències mèdiques.

SRC: servei de rehabilitació comunitària

s/p: si precisa.

TAC: tomografia axial computeritzada.

TB I: trastorn bipolar tipus I.

TCA: trastorn de la conducta alimentària.

TCAI: tècnic en cures auxiliars d'infermeria.

TDAH: trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat.

TDM: trastorn depressiu major.

TEC: teràpia electro-convulsiva.

TEPT: trastorn per estrès post-traumàtic.

TLP: trastorn límit de la personalitat.

TMS: trastorn mental sever.

TOC: trastorn obsessiu compulsiu.
TUS: trastorn per ús de substàncies.
UBE: unitat de beguda estàndar.
UCI: unitat de cures intensives.
UI: unitats internacionals.
VEEG: vídeo electroencefalograma.
VHB: virus de la hepatitis B.
VHC: virus de la hepatitis C.
VIH: virus de la immunodeficiència humana.
VPH: virus del papil·loma humà.
v.o.: via oral.
VSG: velocitat de sedimentació globular.

Agraïments

En nom del Grup de Joves Especialistes en Salut Mental de Catalunya volem donar les gràcies a tots aquells qui han participat en fer possible aquesta obra.

Primerament, als entusiastes autors que van respondre a la crida del grup per posar a disposició de tots les seves experiències clíniques, juntament amb llurs apreciades reflexions i aprenentatges.

Volem agrair també als esforçats membres de les comissions de contingut, edició, disseny i maquetació que han coordinat i materialitzat el treball que teniu a mans.

A la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental (SCPiSM) pel recolzament a aquesta iniciativa i d'altres del grup.

A la Laia, per la preciosa il·lustració de la portada.

A tu, lector, per interessar-te, i a qui desitgem que la lectura et resulti útil i amena.

I finalment, com no podria ser d'una altra manera, volem recordar i homenatjar als nostres pacients, autèntics inspiradors i destinataris finals de la feina feta. Que el que ens han ensenyat a través dels seus patiments tingui reconeixement i transcendència a l'hora d'alleujar el dolor d'altri, i que això esdevingui consol i riquesa per tots.

Presentació

La pandèmia de la COVID-19 provocada pel coronavirus de la Síndrome Respiratòria Severa tipus 2 (SARS-CoV-2) serà recordada com un dels grans esdeveniments de la història de les malalties del primer terç del segle XXI.

A banda de l'impacte sobre la mortalitat d'una gran part de la població, aquesta pandèmia també té i tindrà greus conseqüències sobre la salut mental de la ciutadania que es pot explicar degut a diferents fenòmens.

En primer lloc, el confinament, les restriccions, la por a la infecció, la pèrdua de persones properes, les dificultats econòmiques i altre factors similars poden explicar l'elevat increment de la incidència de trastorns mentals, especialment de trastorns d'ansietat, trastorn per estrès agut i trastorn per estrès posttraumàtic, dol complicat i d'altres. A més, les persones amb diagnòstic de malaltia mental greu que s'infecten per la COVID-19 mostren un major risc de mortalitat. També s'observa un increment d'alguns trastorns deguts a canvis d'hàbits de la societat i de les activitats de la vida diària. Així, estem observant un increment de diagnòstic de TCA en la població adolescent. La por a acudir als centres sanitaris és una de les explicacions a que algunes malalties com el càncer i malalties cardiovascular siguin diagnosticades en fases avançades. El mateix ha passat amb algunes persones amb trastorns mentals que són ateses a urgències i presenten sovint criteris d'ingrés. La dificultat en l'accessibilitat als dispositius sanitaris i recursos socio-sanitaris degut a les mesures de protecció ha dificultat la feina dels processos de recuperació funcional de les persones amb diagnòstic de malaltia mental. Finalment, la crisi econòmica que s'ha iniciat com a conseqüència de la pandèmia també tindrà un major impacte sobre les persones amb malaltia mental, tant en la població adulta com la població infanto-juvenil. A més de les conseqüències sobre la salut mental degut a l'efecte socioeconòmic de la pandèmia, tant el propi SARS-CoV-2 (com altres tipus de coronavirus previs) com els tractaments utilitzats en casos de complicacions greus de la infecció, provoquen trastorns neuropsiquiàtrics deguts a les alteracions del sistema nerviós central. Encara es coneix poc la fisiopatogènia d'aquestes alteracions, però

amb l'estudi de casos concrets podem millorar aquest coneixement i trobar les eines necessàries per tractar les conseqüències directes i indirectes sobre el sistema nerviós central de la infecció pel SARS-CoV-2 i d'altres encefalitis provocades per altres virus.

Sense dubte, aquest llibre ens ajudarà a millorar aquest coneixement gràcies a l'estudi i descripció de casos concrets sobre aspectes de la infecció per SARS-CoV-2 en la salut mental. Es clar que no hi ha millor manera de conèixer una malaltia emergent que compartint l'experiència de la clínica assistencial amb casos reals de la pràctica diària.

Jordi Blanch i Andreu

Director, Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut,

Generalitat de Catalunya

President de l'European Association of Psychosomatic Medicine

Barcelona, 8 de març de 2021

Del gimnàs a la psiquiatria: trastorn psicòtic per ús d'anabolitzants

El context de la pandèmia ha afrontat la població general a situacions complexes i noves que han comportat canvis en les rutines de cada individu. Tot sovint, això ha comportat l'aparició de noves conductes no adaptatives, que en alguns casos han propiciat el desenvolupament de símptomes psiquiàtrics. En el cas que presentarem, analitzarem com el confinament ha precipitat el consum d'anabolitzants i l'aparició d'un trastorn psicòtic.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient home de 33 anys derivat des d'urgències de psiquiatria a HDOM per ideació autolítica en el context de simptomatologia delirant-megalòmana.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Viu a Barcelona en un pis compartit amb una companya des de fa 3 mesos. Anteriorment, tenia una relació estable de 9 anys (l'últim any havien conviscut). Actualment, treballa a una empresa familiar com autònom. Ha iniciat diversos estudis que no ha finalitzat (perruqueria, hostaleria, etc). Pare mort quan tenia 10 anys, des de llavors ha viscut amb la mare fins fa 5 anys que es va independitzar. Vida social activa. La seva principal afició és l'esport, de predomini anaeròbic; freqüenta habitualment el gimnàs.

Familiars: No coneguts.

Sómato-quirúrgics: No al·lèrgies medicamentoses conegudes. No factors de risc cardiovascular. No malalties medico-quirúrgiques d'interès.

Psiquiàtrics: Va realitzar seguiment al CSMIJ de zona fins els 5-6 anys per alteracions de conducta, posteriorment donat d'alta. Fa uns mesos, realitza sessions aïllades de psicoteràpia en l'àmbit privat. No vinculació a la xarxa de salut mental d'adults.

Conductes addictives Fumador habitual de tabac. Alcohol ocasional i en patró lúdic, amb algun episodi d'abús (*binge drinking*). Consum de cànnabis d'una o dues unitats al dia, des de fa més de 10 anys. Nega consum d'altres substàncies.

Tractament habitual: Sense tractament.

PROCÉS ACTUAL

Home de 33 anys derivat d'urgències de psiquiatria del seu hospital de referència per episodi psicòtic. El pacient va acudir a urgències el dia anterior per voluntat pròpia amb el SEM per ansietat i ideació autolítica no estructurada. Durant l'entrevista a urgències el pacient manifesta sensació d'autoreferencialitat i interpretacions paranoïdes d'estímuls de l'entorn (està convençut que pot patir una agressió per part d'algú i creu que ho hauria de denunciar), de control/vigilància (que el seu ordinador està vigilat per algú) però també megalòmanes (creu que a urgències hi hauria periodistes esperant-lo perquè ell expliqués el que li està succeint). Donada la clínica psicòtica clara, tot i l'absència d'alteracions de conducta, es decideix ingrés domiciliari amb l'equip de HDOM per estudi, contenció i tractament, prèvia administració de zuclopentixol 50mg i.m. i recomanant-se iniciar tractament amb olanzapina 10 mg/nit. Es realitza anàlisi de tòxics a orina que resulta positiva per a cànnabis i negativa per altres psicoestimulants.

Exploració psicopatològica: Aspecte preservat, biotip atlètic. Conducta ocasionalment inadequada. Contacte parcialment sintònic; euprosèxic. Conscient i orientat a les tres esferes. No dèficits mnèsics objectivats. Subjectivament eutímic, objectivament humor reactiu, expansiu i afecte lleugerament incongruent. No insomni. No canvis a l'orèxia. Manté capacitats hedòniques. Moderada ansietat psicofísica. Discurs espontani, fluid, circumstancial amb increment de la pressió de la parla i ocasionals pèrdues del fil argumental tot i que redireccionables amb l'entrevista. Sensació subjectiva de taquipsíquia. Continguts psicòtics en forma d'ideació de perjudici-megalòmana, vagament estructurada sense important invasió

conductual, tot i que si emocional. No cognicions depressives presents. Ideació tanàtica no estructurada, no ideació de pas a l'acte en el moment actual. Nega alteracions sensoceptives, no s'aprecia conducta al·lucinatòria. Capacitat de judici poc preservada. *Insight* parcial.

EVOLUCIÓ

El pacient ingressa voluntàriament a HDOM, realitzant-se la totalitat de les visites al domicili del pacient. Durant les entrevistes el pacient nega increment ni supressió brusca del consum de cànnabis, negant consum d'altres substàncies. Refereix que el consum de cànnabis es manté des de fa més de 10 anys i nega episodis de característiques similars en el passat. Finalment, explica consum ocasional d'esteroides androgènics anabolitzants (EAA) v.o. amb finalitats esportives, que va decidir complementar amb EAA i.m. en no poder freqüentar el seu gimnàs habitual, tancat des de l'inici del confinament per la pandèmia COVID-19, i tenir més dificultat per mantenir la massa i to muscular que desitjava. Tanmateix explicava inici de ciclatge de tandes setmanals d'anabolitzants esteroides via i.m. en dosis creixents les últimes 6-7 setmanes. El pacient no va voler detallar a l'equip mèdic el nom del producte, ni la seva dosi ni la forma d'obtenció.

Des del punt de vista farmacològic, es mostra molt queixós els primers dies dels efectes secundaris del zuclopentixol (sedació, disfunció sexual). Manté correctament el tractament amb olanzapina, presentant una progressiva millora de l'episodi psicòtic en pocs dies: millora l'organització psíquica i conductual, i poc a poc va mantenint un discurs més elaborat, arribant a fer certa crítica parcial del contingut de l'episodi psicòtic. L'actitud i el contacte a les entrevistes millora, es mostra cada cop més afable i abordable, més adequat. Manté certa preocupació per la seva situació laboral i econòmica, que resulta congruent amb la seva situació vital actual. Es realitza abordatge psicoterapèutic de recolzament del pacient, centrat en problemàtica relacional i de vincle amb la família, amb tendència a la impulsivitat, baixa capacitat reflexiva, pobre projecció vital i problemàtica social secundària a aquest funcionament.

S'intenta treballar consciència de l'episodi actual per intentar reduir riscos de possibles episodis futurs de característiques psicòtiques i maníacques. No obstant, el pacient manifesta plans de continuar amb l'ús d'anabolitzants en un futur. Donada la remissió completa de l'episodi psicòtic, es dona d'alta de HDOM i es deriva a CSMA per vinculació i seguiment ambulatori.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(298.8) Altre trastorn de l'espectre esquizofrènic i altre trastorn psicòtic, induït per anabolitzants.

DISCUSSIÓ

Els EAA són derivats sintètics que promouen el metabolisme anabolitzant (generador de múscul esquelètic) i amb efectes androgènics (ja que són derivats de la testosterona). Habitualment es presenten com a suplementos ergogènics però també es poden comercialitzar com a suplementos nutricionals "naturals", que acaben camuflant compostos anabolitzants, ja que són productes que no estan regulats per *la Food and Drug Administration*. Aquests suplementos són consumits cada vegada més per atletes no professionals, amb la creença de guanyar més força i volum muscular, la majoria de vegades desconeixent els seus veritables efectes i potencials efectes adversos.

Les seves indicacions terapèutiques en la medicina actual es poden resumir en:

- Hipogonadisme masculí, secundari a insuficiència testicular o a dèficit de gonadotropines per hipopituitarisme.
- Trastorns hematològics, ja que estimulen la producció d'eritropoetina a nivell renal i extrarenal.
- Edema angioneuròtic hereditari: afavoreixen la síntesi hepàtica de factors de la coagulació i l'inhibidor del complement.
- Baixa estatura: els EAA estimulen el creixement lineal si s'administren abans del tancament de l'epífisi òssia.

- Carcinoma de mama: l'efecte sol ser pal·liatiu, ja que actuaria com a antiestrogen.
- Osteoporosi: en el cas que sigui secundària a la deficiència d'andrògens.
- Estats catabòlics: tenen escassa eficàcia en el tractament i la seva activitat no va més enllà de que estimula l'orèxia.

La testosterona no és activa per v.o. perquè presenta inactivació hepàtica presistèmica. Per una altra banda, els derivats alquilats són compostos més resistents al metabolisme hepàtic, per tant es poden administrar v.o. Circulen pel plasma units a proteïnes plasmàtiques, sobretot l'albumina. La vida mitjana dels compostos alquilats és més llarga i permet intervals d'administració més perllongats per v.o. Els EAA de vegades es combinen amb un inhibidor de l'aromatasa, com l'anastrazol, per inhibir l'aromatització dels esteroides anabolitzants i, consegüentment, la seva transformació en estrògens.

L'efecte anabòlic més notable és el desenvolupament de la massa muscular per increment de la síntesi proteica i hipertròfia de la fibra muscular esquelètica. Això suposa una millora del rendiment atlètic, una recuperació més ràpida després d'alguna lesió muscular, i que puguin entrenar de forma més intensa i durant més temps. A dosis altes, modifiquen les lipoproteïnes plasmàtiques: disminueixen les HDL i incrementen les LDL i apolipoproteïnes (apo) B, pel que promouen l'aterogènesi. Provoquen alteracions electrolítiques com retenció de sodi, potassi, clor, fosfat, ocasionant retenció d'aigua i consegüentment augment de pes. Afavoreixen la mineralització i la producció d'eritropoetina a nivell renal, així com el creixement i la secreció de les glàndules sebàcies provocant problemes d'acne. A nivell sexual la supressió de l'eix hipotàlem-hipofisiari-gonadal pot provocar hipogonadisme en homes en el moment de la supressió del consum i l'increment d'hormones sexuals femenines pot traduir-se en ginecomàstia.

Des del punt de vista psiquiàtric, hi ha dades poc clares sobre els efectes a nivell de la neurotransmissió. Els estudis suggereixen que els seus efectes neuropsiquiàtrics acostumen a variar en funció del compost utilitzat, la dosi i el temps d'administració. Conseqüentment, els efectes poden variar des d'increment lleuger de la irritabilitat a comportaments agressius i hostils. La major part dels estudis estableix relació entre

dosis suprafisiològiques d'EAA i sobretot episodis maníacs, tot i que també registren episodis psicòtics, exacerbació de tics motors i estats confusionals. Aquests efectes són també freqüents quan s'utilitzen més d'un EAA:

- *Stacking* o apilament: quan s'administra un EAA v.o. i un altre via i.m.
- Ciclatges de tipus piramidal: quan s'incrementen setmanalment les dosis fins a arribar a dosis suprafisiològiques i posteriorment, en una segona fase, van reduint dosi fins a zero, creient així que el cos pot adaptar-se a dosis altes i que la seva reducció progressiva permet que el cos recuperi el seu propi sistema androgènic endogen. Cada tanda es coneix com a "cicle" i el temps entre cicles pot variar a mesos o anys. D'altra banda, la seva supressió després d'un ús continuat també pot precipitar quadres disfòrics o depressius. Donats aquests efectes, a vegades es poden trobar pacients que inicien tractaments d'EAA pel seu efecte anabolitzant, però acaben mantenint el seu ús pels efectes psicoactius que presenten.

Altres estudis també qüestionen si aquests efectes sobre el comportament son atribuïbles als EAA o, d'altra banda, als trets caracterials subjacents del consumidor de EAA o als factors psicosocials que afavoreixen el seu ús. A vegades, l'abús dels EAA pot estar relacionat amb determinats trets de caràcter, que poden anar des de trets psicopàtics i conductes impulsives a quadres de baixa autoestima, inseguretats i sobretot dismorfofòbia. El cas clínic exposat presentava trets caracterials de certa immaduresa, dificultats per a la introspecció i tendència a les conductes poc reflexives i impulsives. Aquests trets caracterials, en la situació social de pandèmia amb impossibilitat d'accés a gimnasos i dificultats per practicar esport pel confinament, va precipitar el nostre pacient al consum poc supervisat d'EAA.

Tanmateix, els tractaments proposats per la reducció de l'ús i deshabitació dels EAA passen no només per tractar els efectes secundaris que deriven del seu ús, com els trets de personalitat i psicosocials que han impulsat el pacient al seu consum.

CONCLUSIONS

- L'abús dels EAA és una realitat silenciosa poc coneguda i, per tant, a vegades invisible pels professionals sanitaris, conduint a la seva omisió en l'anamnesi.
- La facilitat en l'obtenció dels EAA en comerços i gimnasos, associat moltes vegades a publicitats enganyoses i falta d'informació sobre els seus efectes, fa que el seu consum sigui creixent en esportistes.
- És important que els professionals sanitaris estiguin sensibilitzats i alerta respecte al seu consum.
- Cal estar alerta a: signes físics com hipertròfia muscular, acne, senyals de feminització en homes i masculinització en dones; així com alteracions en el perfil lipídic sanguini i alteracions neuropsiquiàtriques que poden anar des de canvis quasi imperceptibles d'humor a alteracions disruptives en el comportament no existents prèviament.

REFERÈNCIES

- [1] Rocha M., Aguiar F., Ramos H. O uso de esteroides androgénicos anabolizantes e outros suplementos ergogénicos – uma epidemia silenciosa- Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. 2014; 9(2): 98-105.
- [2] Piacentino D, Kotzalidis GD, Del Casale A, Aromatario MR, Pomara C, Girardi P, et al. Anabolic-androgenic steroid use and psychopathology in athletes. A systematic review. Curr Neuropsychopharmacol. 2015 Jan;13(1):101-21.
- [3] Martin-Aragon S. Anabolizantes, revisión. Offarm. 2011; 30 (1): 54-58.

Re-aprenentatge, clozapina i COVID-19 en la pràctica clínica

Es presenta un cas clínic que mostra l'impacte de la infecció per SARS-CoV-2 en pacients en tractament amb clozapina, interacció d'especial interès per les conseqüències i perfil dels pacients usualment tributaris d'aquest tractament antipsicòtic.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient dona de 56 anys, ingressada a unitat de llarga estada i en tractament amb clozapina, que presenta un quadre de tos seca i febre.

ANTECEDENTS

Familiars: Sense antecedents familiars d'interès.

Sómato-quirúrgics: No al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents medico-quirúrgics rellevants.

Psiquiàtrics: Diagnosticada d'esquizofrènia paranoide de debut als 20 anys que va requerir múltiples ingressos a unitats d'aguts. A nivell psicopatològic destacava la desorganització del pensament, alteracions conductuals i la presència d'una ideació delirant autoreferencial de perjudici amb continguts sexuals i erotomaníacs amb escassa resposta als tractaments assajats. Des dels 25 anys i fins l'actualitat roman ingressada a una unitat de llarga estada.

Conductes addictives: Sense antecedents de consum d'interès. No consum de nicotina.

Tractament habitual: El tractament psicofarmacològic s'ha mantingut estable durant els darrers anys: Clozapina 300mg/dia, Àcid valproic 1500mg/dia, Levomepromazina 75mg/dia, Clorazepat dipotàssic 30mg/dia i Aripiprazol 10mg/dia. A nivell somàtic la pacient es troba en tractament amb omeprazol 20mg/dia i 1 sobre de solució evacuant movicol (macrogol 3350, clorur de sodi, hidrogenocarbonat de sodi, clorur de potassi) cada 12h. La clozapina s'havia introduït a l'abril del 2009 (als

45 anys) i no s'havien objectivat alteracions hematològiques durant el seguiment. Tant els nivells de clozapina com d'àcid valproic durant els darrers 5 anys s'havien mantingut dins el rang terapèutic (clozapina: 410,6 +/- 69,1 ng/mL; àcid valproic: 60,1 +/- 9,1 mcg/mL).

PROCÉS ACTUAL

El 19 de març de 2020 la pacient inicia un quadre de tos seca i febre pel que es decideix aïllament de gotes i contacte, considerant-se cas probable d'infecció per COVID-19 donat l'antecedent epidemiològic de la unitat (detecció de casos previs amb PCR positiva dins la unitat). Es realitza determinació PCR que resulta positiva per SARS-CoV-2 i és traslladada a la unitat COVID-19 del centre. Inicialment no presenta criteris de gravetat clínica, amb exploració respiratòria sense alteracions i mantenint bones saturacions d'oxigen. Es mostra decaiguda, amb hiporèxia i tendència a la clinofília. Es sol·licita el consentiment informat a la germana (tutora legal) per iniciar tractament amb hidroxicloroquina v.o. 400mg/12h el primer dia i 200mg/12h a partir del segon (del 21 al 24 de març de 2020) i afegint-se azitromicina 500mg/24h (del 22 al 24 de març de 2020). Es va mantenir la pauta psicofarmacològica.

Exploració psicopatològica: Conscient i orientada globalment. Decaiguda i inactiva, amb tendència a la clinofília. Contacte i expressió general de predomini defectual, sense signes de reagudització ni alteració anímica major o primària. Hiporèxia. Judici de realitat habitual, modulats per estat psicòtic crònic.

EVOLUCIÓ

El 20 de març es va sol·licitar analítica general on no s'observen alteracions bioquímiques, però on destaca increment de la proteïna C reactiva (3,26mg/dia), hematies $3,98 \times 10^6$ /uL, hemoglobina 11,3g/dl, leucòcits $3,61 \times 10^3$ /uL (neutròfils 2,03, limfòcits 1,11, monòcits 0,42, eosinòfils 0,03, basòfils 0,02). Els nivells de clozapina van estar disponibles el 25 de març, observant-se un increment de gairebé

el doble respecte els previs (870ng/mL). Es va decidir disminuir la clozapina a 250mg/dia i es va sol·licitar un nou hemograma pel dia 26 de març observant-se una important disminució tant de leucòcits com de neutròfils (veure taula 1). A partir de llavors es va retirar la hidroxicloroquina, es va suspendre la clozapina, afegint olanzapina 5mg/8h i es va passar a realitzar controls hematològics diaris. També es va disminuir el valproat a 800mg/dia i la levomepromazina a 37,5mg atès que s'han descrit casos de leucopènia en pacients que prenen aquests fàrmacs.

El 27 de març presentava empitjorament de l'anèmia i la neutropènia ($0,97 \times 10^3/uL$). L'anèmia era normocítica i normocròmica però amb hemoglobina reticulocitària baixa i aregenerativa, el que va suggerir dèficit de ferro. No es va observar evidència de sagnat macroscòpic i probablement al descens hi contribuïa la infecció i la toxicitat farmacològica. Donada la situació en aquell moment, en els centres sanitaris fou impossible realitzar un estudi endoscòpic per la qual cosa es va decidir suport amb ferro v.o. (ferroglicin sulfat 100mg/24h) i suplement puntual de la resta de factors maduratius (cianocobalamina 1 ampolla i.m. i 5mg d'àcid fòlic v.o.)

La pacient va presentar progressiva millora de l'anèmia i leucopènia en els dies posteriors. El 6 d'abril, després de realitzar PCR de control i ésser negativa per SARS-CoV-2, retorna a la seva unitat de referència i no es va reintroduir la clozapina.

Durant l'estada a la unitat COVID-19 ha mantingut psicopatologia habitual consistent en important desorganització del pensament amb continguts delirants i empobriment ideoafectiu.

	20/03/20	26/03/20	27/03/20	28/03/20	29/03/20	30/03/20	10/04/20
Hematies x10⁶/uL	3,98	3,74	3,28	3,49	4,07	4,02	3,55
Hemoglobina g/dl	11,3	10,8	9,4	9,7	11,2	11,3	10,1
Hematòcrit %	35	32,3	28,3	29,8	36	35,5	32,6
Leucòcits x10³/uL	3,61	2,90	2,99	3,01	3,50	4,15	3,90
Neutròfils x10³/uL	2'03	1,10	0,97	1,46	1,28	1,85	2,00
Limfòcits x10³/uL	1,11	1,52	1,56	1,2	1,89	1,91	1,39
Monòcits x10³/uL	0,42	0,26	0,43	0,33	0,28	0,35	0,42
Eosinòfils x10³/uL	0,03	0,01	0,02	0,01	0,03	0,03	0,07
Basòfils x10³/uL	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02

Taula 1. Evolució hemograma i fórmula.

**En groc les alteracions dels hematies, hemoglobina hematòcrit (anèmia) / En blau la disminució de leucòcits (limfopènia) i basòfils / En vermell la disminució de neutròfils (greu, retirada de clozapina el 26/03). Criteris d'acord al protocol del centre.*

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(295.90) Esquizofrènia, curs continu.

Infecció per COVID-19.

Agranulocitosi.

Anèmia normocítica / normocròmica.

DISCUSSIÓ

La clozapina és un fàrmac antipsicòtic atípic o de segona generació, encara que el seu origen es remunti al anys 50 del segle passat. És un fàrmac de demostrada eficàcia pel tractament de l'esquizofrènia i es considera de primera elecció en cas d'esquizofrènia refractària. No obstant, la clozapina pot conduir a diversos efectes secundaris, alguns d'aquests greus, com la neutropènia i l'agranulocitosi (amb risc de letalitat de 2-4%), el que fa obligatori el control hematològic, particularment de la sèrie leucocitària. Els mecanismes pels que es produeix aquesta discràsia sanguínia no es coneixen

clarament, proposant-se la toxicitat directa o l'efecte immunomodulador. S'ha observat un risc notablement major en els primers mesos de tractament.

La infecció per COVID-19 produeix disminució dels leucòcits en un 9-45% dels pacients, fonamentalment atribuïda a limfopènia (reportada en 33-83% dels casos). Tanmateix, s'ha observat que els neutròfils es mantenen dins dels límits normals.

Siskind et al. van publicar un consens al voltant de l'ús de clozapina durant la pandèmia a principis d'abril de 2020. En aquest document es resumeixen les recomanacions preliminars a tenir en compte pel que fa a les interaccions de la infecció per COVID-19 i el tractament amb clozapina, entre les quals es ressalta el risc d'augment de nivells de clozapina sèrics en situacions d'infecció i també relacionat amb la disminució del consum de tabac, esperable en aquests casos i particularment en la situació actual derivada de les mesures d'aïllament i confinament. Les recomanacions del consens són: la cura respecte a la detecció simptomàtica d'infecció, un control exhaustiu del recompte leucocitari i la disminució de la dosi de clozapina.

En el cas presentat, inicialment es va disminuir la dosi de 300 a 250mg/dia però donada la ràpida davallada dels neutròfils es va decidir retirar la clozapina atenent als criteris dins del protocol del centre, substituint-la per l'olanzapina, un dels antipsicòtics més recomanats durant la infecció i tractament de la infecció COVID-19. La reintroducció de la clozapina es valorarà atenent l'evolució psicopatològica.

Pel que fa a la nostra experiència durant la pandèmia, durant el mes d'abril de 2020 vam atendre a 6 pacients per infecció COVID-19 confirmada per PCR i que preniën clozapina. En el 83% (5/6) dels casos es va detectar augment dels nivells de clozapina (taula 2).

En el cas presentat (E en la taula 2) va existir una repercussió significativa (neutropènia greu) amb indicació de retirada de la clozapina. També una altra pacient (C en la taula 2), que va requerir ingrés a l'hospital general per tractament de pneumònia i insuficiència respiratòria, va presentar una leucopènia de fins $1,01 \times 10^3/uL$ (0,1 N, 0,72 L, 0,12 M, 0,01 E, 0,00 B) i allí fou tractada amb filgrastim durant

6 dies i posterior millora del recompte cel·lular. No van retirar el tractament amb clozapina.

En la resta de casos no observarem alteracions en l'hemograma o altres efectes secundaris significatius, pel que únicament es va reduir la dosi de clozapina en els que havien presentat increment de nivells plasmàtics.

	Nivells previs a COVID-19	Nivells durant COVID-19	% d'augment	Neutropenia	Acció amb la clozapina	Nivells post-COVID-19
A	407ng/mL (300mg/d)	608ng/mL (300mg/d)	49,4%	NO	Reduir clozapina (225mg/dia)	338,1ng/mL (225mg/dia)
B	596ng/mL (400mg/d)	1270ng/mL (400mg/d)	113%	NO	Reduir clozapina (300mg/dia)	390ng/mL (300mg/dia)
C*	450ng/mL (300mg/d)	587,1ng/mL (300mg/d)	30,5%	SI	Mantenir clozapina Filgrastim**	
D	361ng/mL (300mg/d)	351ng/mL (300mg/d)	NO	NO	Sense canvis	
E	445ng/mL (300mg/d)	870ng/mL (300mg/d)	95,5%	SI	Retirada per neutropenia	
F	322ng/mL (400mg/d)	1312ng/mL (400mg/d)	307,5%	NO	Reduir clozapina (300mg/dia)	

Taula 2. Pacients en tractament amb clozapina a la unitat COVID-19.

* Pacient amb pneumònia que va requerir ingrés a l'hospital general. No disposem de nivells mentre estava ingressada a l'hospital general, quan ja tenia PCR negativa i va retornar a la seva unitat els nivells eren de 587,1ng/mL. És probable que durant la infecció aguda fossin més elevats. ** Filgrastim: derivat artificial de l'estimulant de colònies de granulòcits; ús en tractament de neutropènies de diferent etiologia.

CONCLUSIONS

- La COVID-19 està relacionada amb l'augment de nivells sèrics de clozapina per mecanismes segurament multifactorials (infecció sistèmica, reducció del consum de tabac).
- L'augment de la concentració sèrica de clozapina suposa un risc incrementat d'efectes secundaris greus com arítmies, convulsions o neutropènia.

- La recomanació general és reduir la dosi de clozapina però és important un control clínic i analític exhaustiu per a l'adequada presa de decisions, ja que la retirada d'aquest fàrmac, i més en el perfil de pacients destinataris, pot conduir a empitjorament de la patologia mental i de la seva funcionalitat.
- El tractament amb clozapina sempre és un repte. L'excepteionalitat i la incertesa de la situació fan que mereixi una especial atenció.

REFERÈNCIES

[1] Pons A, Undurraga J, Batalla A, Bernardo M. [Clozapine and agranulocytosis in Spain: do we have a safer population? A 5-year hematologic follow-up]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012 Jan-Mar;5(1):37-42.

[2] Clozapine and blood dyscrasias in patients with coronavirus (COVID-19) [Internet]. NHS England. 2020 [citat 10 gener 2021]. Disponible a: [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/policy/clozapine-and-blood-dyscrasias-in-patients-with-coronavirus-\(COVID-19\).pdf?sfvrsn=1d28f4b_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/policy/clozapine-and-blood-dyscrasias-in-patients-with-coronavirus-(COVID-19).pdf?sfvrsn=1d28f4b_2)

[3] Siskind D, Honer WG, Clark S, Correll CU, Hasan A, Howes O, et al. Consensus statement on the use of clozapine during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatry Neurosci.* 2020 05 1;45(3):222-3.

Un historiadur a la pandèmia: primer episodi psicòtic

Es descriu el cas d'un pacient home de 27 anys d'edat amb antecedents de fòbia social que ingressa de manera involuntària per a estudi d'un quadre psicòtic aparegut durant la pandèmia COVID-19. Inicialment va presentar un quadre de desconfiança, pèrdua d'activitats habituals i augment de retracció social, posteriorment van aparèixer unes idees delirants de caràcter hipocondríac en relació al temor de contagi per COVID-19. Malgrat el resultat de PCR negatiu per COVID-19, va rebre tractament amb amoxicil·lina-clavulànic i hidroxicloroquina per ser persona de risc. Durant l'ingrés s'orienta el quadre com un primer episodi psicòtic i s'inicia tractament amb fàrmacs antipsicòtics remetent la simptomatologia de l'esfera psicòtica.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient de 27 anys que ingressa de manera involuntària per a estudi, contenció i tractament d'alteracions de conducta en context de quadre psicòtic.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: El menor d'una fratria de dos germans. Viu amb els pares, amb qui manté bona relació. Estudis universitaris (Grau en Història). Funcionament premòrbid notablement adaptat. Ha treballat fins ara de manera satisfactòria. Actualment cursant estudis de postgrau.

Familiars: No antecedents psiquiàtrics familiars.

Sómato-quirúrgics: Asma lleu no complicat i fissura anal.

Psiquiàtrics: Fòbia social, per la qual havia realitzat tractament des de l'any 2012 de manera irregular amb paroxetina fins a 30mg/dia i seguiment per metge de família. Els familiars explicaven abandonament de paroxetina des de fa un any aproximadament. Destaca personalitat amb tendència a l'ansietat (rumiatiu), autoexigència i hipersensibilitat. Història d'episodis de clínica de baix ànim

secundaris a situacions d'estrès. No antecedents d'episodis de característiques maniformes.

Conductes addictives: Consum d'alcohol en patró social. Nega consum d'altres drogues.

Tractament habitual: Salbutamol s/p.

PROCÉS ACTUAL

Els familiars del pacient explicaven clínica hipotímica (subdepressiva) en context de reacció vivencial aguda després de la defunció d'un amic al desembre del 2019.

Els pares del pacient referien que després de la tornada d'un viatge a mitjans de març el van trobar amb una actitud desconfiada, pèrdua d'activitats habituals i retracció social.

El quadre va progressar al voltant de la COVID-19 amb temor a estar infectat, visitant els serveis d'urgències generals en sis ocasions. En aquestes visites li van realitzar la prova PCR per a COVID-19 i radiografia de tòrax en tres ocasions que van ser negatives. Malgrat això, per tractar-se d'un pacient de risc per patir asma bronquial i per la seva hiperfreqüentació, li van pautar tractament amb amoxicil·lina-clavulànic i hidroxocloroquina. El tractament el va mantenir durant set dies fins que li va ser retirat per disestèsies oculars i insomni.

La família referia que en la setmana abans de l'ingrés havia mantingut desorganització del pensament, amb presència d'interpretacions delirants de l'entorn que s'estaven estructurant com a idees delirants de tipus paranoide, a més de la presència de soliloquis i augment de desconfiança cap al seu entorn. També apareix insomni global i hiporèxia, arribant a la pèrdua de pes de 8kg en els últims mesos.

A principis de maig, sense motiu aparent, presenta un quadre d'heteroagressivitat cap al seu pare en el context d'idees delirants de tipus paranoide.

Exploració psicopatològica: Durant la primera entrevista psiquiàtrica el pacient estava conscient, orientat i col·laborador. Aspecte descuidat. Contacte no sintònic. Conducta desorganitzada. Suspicaç. Irradiació ansiosa. No queixes mnèsiques. Hiperprosèxic. Discurs circumstancial, espontani i coherent. A nivell del curs del pensament, presència de bloqueig i pèrdua del fil conductor. Associacions laxes i pararespostes. Idees delirants de contingut autoreferencial, hipocondríiques i interpretacions delirants. Nega alteracions de la sensopercepció, però no es descarten al·lucinacions. Hipotímia amb labilitat emocional, sense presència de simptomatologia de tipus melancòlic. Afecte congruent. No irritabilitat. Ansietat psíquica moderada. Queixes somàtiques en forma de malestar abdominal i diarrees. Insomni global. Hiporèxia. Nega ideació autolítica. Judici de la realitat alterat.

EVOLUCIÓ

El pacient va ingressar en règim d'aïllament durant cinc dies per protocol fins a la realització de la prova PCR per a COVID-19, resultat que finalment va ser negatiu. El pacient es va mostrar molt tolerant al règim d'aïllament sense presentar alteracions conductuals majors. L'orientació diagnòstica a l'ingrés va ser un primer episodi psicòtic.

El primer tractament farmacològic pautat a urgències va ser l'olanzapina que progressivament es va anar pujant fins a dosis de 15mg/dia. A la unitat d'aguts es va canviar olanzapina per paliperidona a dosis de 9mg/dia amb la finalitat de triar un antipsicòtic amb un millor perfil metabòlic. Amb el canvi de medicació el pacient va presentar franc empitjorament clínic amb reaparició d'idees delirants de perjudici i de catàstrofe, amb elevada repercussió emocional. Per aquest motiu, es va tornar a instaurar de nou olanzapina amb dosis màxima de 25mg/dia.

A més del tractament antipsicòtic va realitzar tractament amb clonazepam 1,5mg/dia i lormetazepam 2 mg/nit amb bona tolerància.

Durant l'ingrés es van realitzar diverses proves complementàries (analítica sanguínia, PCR per a COVID-19, tòxics en orina) sense alteracions significatives en els

resultats. A la exploració neuropsicològica, els resultats obtinguts estaven dins de la franja mitjana, a excepció de la puntuació de memòria de treball que se situava en l'interval alt. D'altra banda es va sol·licitar una prova d'imatge (RNM) que no es va realitzar en el moment de l'ingrés per dificultat de derivació a un altre centre per a realitzar-la per situació de pandèmia.

Durant l'ingrés el pacient va millorar a nivell global i es va objectivar una disminució dels símptomes psicòtics positius. No es va detectar clínica afectiva major ni ideació autolítica. Va mantenir una bona adaptació a la unitat d'hospitalització amb bona acceptació del tractament sense presentar alteracions de conducta destacables.

A nivell somàtic durant l'ingrés va estar afebril i sense clínica respiratòria.

Després de 25 dies d'ingrés a la unitat d'aguts i donada l'estabilitat psicopatològica del pacient es va procedir a l'alta hospitalària amb posterior vinculació del pacient a l'Hospital de Dia per a participar al grup de psicoeducació.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(295.40) Trastorns de l'espectre esquizofrènic i altres trastorns psicòtics. Trastorn esquizofreniforme.

DISCUSSIÓ

Els trastorns psicòtics es caracteritzen per diversos dominis simptomàtics, cadascun amb diferents cursos, patrons de resposta al tractament i implicacions pronòstiques. El DSM 5 inclou la categoria «Trastorns de l'espectre esquizofrènic i altres trastorns psicòtics» que s'aplica al pacient aquí descrit.

La incidència de casos nous de psicosi a nivell mundial s'ha estimat en aproximadament 50 de cada 100.000 persones. Els símptomes prodròmics d'ansietat, perplexitat, terror o depressió solen precedir al començament de l'esquizofrènia, que

pot resultar aguda o insidiosa. Els episodis precipitants (p. ex., trauma emocional, ús de drogues, separació) desencadenen alguns episodis en persones predisposades.

En el nostre cas s'han pogut identificar diversos factors predisposants: la defunció recent d'un amic, el trastorn d'ansietat present pel qual havia rebut tractament i la situació d'estrès psicosocial provocada per l'estat de pandèmia per COVID-19.

En referència al diagnòstic diferencial qualsevol classificació dels símptomes psicòtics exigeix descartar «organicitat» (patologia estructural) o que els símptomes siguin l'efecte secundari d'un medicament o una substància tòxica, a més de descartar els trastorns de l'estat de l'ànim. En el pacient que aquí es presenta, no es van observar altres símptomes o signes que fessin sospitar de psicosi de causa orgànica tenint en consideració que no es va poder realitzar la RMN per bloqueig d'agendes de proves radiològiques relacionat amb la pandèmia de COVID-19.

El pacient va realitzar tractament amb hidroxicloroquina durant set dies que va ser retirat per insomni i disestèsies oculars.

Segons es recull en el centre d'informació de medicaments (CIMA) a data del 14 de maig de 2020, la cloroquina i la hidroxicloroquina poden produir trastorns neuropsiquiàtrics, entre ells quadres aguts de psicosi, intents de suïcidi o suïcidis consumats, sobretot durant els primers dies de tractament.

A la bibliografia s'han descrit trastorns psiquiàtrics amb l'ús d'aquests medicaments per a les indicacions autoritzades, entre ells agitació, insomni, confusió, mania, al·lucinacions, paranoia, depressió, catatonia, psicosi i ideació suïcida. Aquests efectes poden aparèixer a qualsevol edat, durant l'ús agut o crònic, i en pacients amb o sense antecedents de malaltia psiquiàtrica. Es desconeix si són reaccions adverses dependents de la dosi.

Podem concloure, en el cas que es descriu es van identificar símptomes prodròmics mesos abans de l'inici de l'ús de la hidroxicloroquina, pel que no la considerem la causa principal del quadre psicòtic, si bé no podria descartar-se que hagi pogut actuar com a factor desencadenant. Per aquest motiu és de vital importància davant un primer episodi psicòtic poder estudiar i identificar els possibles factors causals.

CONCLUSIONS

- La patogènia dels símptomes i trastorns psiquiàtrics que han sorgit durant la pandèmia COVID-19 pot incloure factors biològics i psicosocials.
- Existeixen símptomes prodròmics que poden alertar a familiars o professionals sanitaris sobre la presència d'una malaltia mental molt incipient.
- El tractament amb cloroquina i hidroxicloroquina pot produir trastorns neuropsiquiàtrics, entre ells quadres aguts de psicosi, intents de suïcidi o suïcidi consumat que dificulten el diagnòstic diferencial amb un quadre d'origen psiquiàtric pur.
- El tractament dels trastorns psicòtics provocats per fàrmacs és la retirada del medicament causal afegint tractament farmacològic específic en les fases agudes i durant el manteniment de la malaltia. Posteriorment, si és necessari, es pot complementar amb intervencions psicosocials (psicoteràpia individual, rehabilitació cognitiva, habilitats socials, etc.).

REFERÈNCIES

[1] McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med. 2004 Apr 28;2:13.

“Això ho ha de saber l’Oriol Mitjà!”: psicosi i COVID-19

La patologia mental està profundament influenciada per l’estrès, i no solament provoca recaigudes de trastorns ja coneguts sinó que pot provocar l’eclosió de patologia psiquiàtrica. Diferents estudis demostren que esdeveniments estressants com l’actual pandèmia COVID-19 influencien l’evolució i la patoplàstia de trastorns psicòtics i afectius, com el cas que descrivim a continuació.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient de 33 anys que acut a urgències del nostre centre, derivat des del seu CAP, per simptomatologia psicòtica d’inici recent.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Fill únic. Pares separats, no manté contacte amb el seu progenitor. Actualment viu sol; prèviament a l’episodi actual, vivia amb la seva parella, amb relació distòtica. Estudis universitaris amb bona adaptació laboral. Esportista d’alt rendiment.

Familiars: Familiar de primer grau amb antecedent de TBI que va requerir de diversos ingressos al nostre centre. A l’alta, en tractament amb àcid valproic i risperidona. Actualment, sense vinculació amb serveis de salut mental de la xarxa pública, realitza seguiment privat i es troba estable en tractament amb quetiapina 50mg/dia.

Sómato-quirúrgics: No presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes. No antecedents d’HTA, dislipèmia ni diabetis mellitus. Nega altres antecedents sómato-quirúrgics d’interès. Nega presa de tractament somàtic habitual.

Psiquiàtrics: Trets de personalitat desadaptatius clúster C: rígid, ordenat, normatiu, anancàstic, tendència a la literalitat i a la rumiació, baixa tolerància a la frustració amb puntuals reaccions d’heteroagressivitat en context de frustració per elevada rigidesa. Nega episodis depressius, maníacs ni psicòtics francs en el passat. No ha realitzat intents autolítics en el passat. No ha precisat d’ingressos a psiquiatria en el

passat. No ha realitzat seguiment per psiquiatria ni psicologia en el passat, ni tractament psicofarmacològic prèviament.

Conductes Addictives: *Nicotina:* Trastorn per consum de nicotina, en remissió sostinguda. Inici durant adolescència, consum diari de fins a 10-12 cigarretes/dia. Abstinència mantinguda des de fa 4 anys. *Alcohol:* Inici a l'adolescència. Actualment consum de baix risc. *Cànnabis:* Inici a l'adolescència, consums en patró experimental. Reconeix últim consum fa 3 anys. Nega consum d'altres tòxics al llarg de la seva vida.

Tractament habitual: Nega tractament somàtic ni psiquiàtric habitual

PROCÉS ACTUAL

En context d'estrès per pandèmia de la COVID-19, a principis de març 2020, el pacient presenta increment de l'ansietat psicofísica amb major rumiació i sobre-informació entorn aquest tema. Progressivament, apareix activitat interpretativa generant idees delirants persecutòries en entorn familiar (parella) i global (convicció de què el virus de la COVID-19 s'ha organitzat per una sèrie de persones públiques per a posar fi a la vida de molta gent), amb important repercussió emocional i conductual. S'hi afegeix important component maniforme amb sensació de benestar però amb pics de disfòria, taquipsíquia, insomni global, increment de plans i activitats i convicció d'haver trobat la cura del coronavirus a base de productes naturals, contactant per això el pacient amb l'investigador Oriol Mitjà. Es produeix intensificació clínica durant la setmana prèvia a l'ingrés, amb adhesió d'idees delirants d'estirp hipocondríac (convicció de que la seva parella l'ha contagiada de la COVID-19) i falsos reconeixements, requerint intervenció de les forces de l'ordre policial a domicili per al trasllat fins al nostre centre.

Exploració psicopatològica: Conscient i orientat en temps, espai i persona. Actitud parcialment col·laboradora. Contacte poc sintònic. Disprosèic, amb tendència a la distracció. Hipotímia subjectiva reactiva a situació actual. Ansietat psicòtica. Lleument irritable. No labilitat. No hipohedònia. No apato-abulia. Discurs fluid i

espontani, pressiu, difícil d'interrompre en ocasions i amb tendència a la literalitat, amb puntuals descarrilaments i pararespostes, però sense pèrdua del fil conductor. Taquipsíquia subjectiva. Idees delirants de tipus persecutori “em volen fer mal, necessito protecció contra ells i contra la meua parella, tots saben que jo sé coses”, de base interpretativa i possiblement també al·lucinatòria, amb important afectació cognitiu-conductual. Idees delirants d'estirp megalòmanes “tinc la cura pel coronavirus, tot està al meu cap” i d'estirp hipocondríac “sé que m'han infectat, necessito ajuda, feu-me proves”. Possibles al·lucinacions auditives. Hiperactivitat improductiva amb desorganització conductual. No ideació tanàtica ni idees passives de mort. No ideació auto ni heterolítica estructurada en el moment actual. Insomni global en els dies previs a l'ingrés. Nul·la consciència de trastorn.

EVOLUCIÓ

El pacient precisa d'ingrés hospitalari involuntari a la unitat d'aguts de psiquiatria. Es plantegen els següents diagnòstics diferencials:

- Causes no psiquiàtriques: encefalitis per COVID-19, tumors cerebrals, malalties desmielinitzants (esclerosi múltiple).
- Causes psiquiàtriques: trastorn psicòtic breu amb factor d'estrès notable (psicosis reactiva breu vs psicosis cicloide), trastorn esquizoafectiu tipus bipolar, psicosis tòxiques o episodi maníac amb símptomes psicòtics (TB I de base).

Per a l'estudi diagnòstic es realitzen les següents proves complementàries:

- *Tòxics en orina a l'ingrés*: negatius.
- *PCR SARS-CoV-2*: negatiu.
- *Analítica completa a l'ingrés*: sense alteracions significatives a hemograma, ionograma, funció renal, funció hepàtica, funció tiroïdal.
- *Serologies (VIH, VHB, VHC, sífilis)*: negatives.
- *TAC cranial*: sense alteracions significatives.

Al seu ingrés, s'orienta el diagnòstic a síndrome psicòtica a estudi en pacient sense antecedents psiquiàtrics previs i amb trets desadaptatius de la personalitat de base

clúster C. Inicialment, es realitza “cribratge” de causes no psiquiàtriques de l’episodi actual que resulta sense alteracions. A nivell farmacològic es pauta risperidona fins a 6mg/dia amb mala tolerància per l’aparició de símptomes extrapiramidals marcats però millora dels símptomes psicòtics fins a la seva resolució. Una vegada resolta la simptomatologia psicòtica, manté la clínica maniforme, pel què es decideix iniciar tractament amb liti segons nivells sanguinis (litèmia a l’alta (dosi 1400mg/dia): 0.81mmol/L), amb normalització tímica, millora de l’activitat i dels ritmes biològics. Es retira risperidona amb introducció progressiva de quetiapina fins a 200mg/dia (donats antecedents familiars) amb bona tolerància i resposta. Franca millora a partir de la tercera setmana d’ingrés. En el moment de l’alta, no presenta clínica delirant, clínica afectiva franca ni ideació autolítica estructurada, verbalitzant plans de futur adequats. Per aquests motius, d’acord amb el pacient i la família, es decideix alta a domicili. El tractament farmacològic a l’alta va ser: quetiapina 200mg/dia, sals de liti 1400mg/dia, clonazepam 1mg/dia.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.44) Trastorn bipolar tipus I, episodi maníac amb símptomes psicòtics congruents i incongruents amb l’estat d’ànim.

DISCUSSIÓ

El cas és el d’un home de 33 anys amb trets de personalitat clúster C que en context d’estrès per pandèmia de la COVID-19, presenta increment de l’ansietat psicofísica (trets de personalitat desadaptatius podent abocar l’aparició de patologia psicòtica en context d’importants estressors externs). Progressivament, es va sobreafegint simptomatologia afectiva (maníaca: sensació de benestar però amb pics de disfòria, taquipsíquia, insomni global, increment de plans i activitats) i psicòtica (congruent: idees delirants d’estirp megalòmana i incongruent amb l’estat d’ànim: d’estirp hipocondríac i persecutori).

Les proves diagnòstiques realitzades durant l'ingrés (analítiques, tòxics en orina, PCR COVID-19, TAC cranial), que van resultar totes sense alteracions, ens descarten les patologies no psiquiàtriques i la possibilitat de que l'episodi fos una psicosi tòxica.

Dins de les patologies plantejades al diagnòstic diferencial inicial psiquiàtric, s'havia plantejat que el pacient hagués pogut presentar un episodi de psicosi reactiva breu donat que presentava símptomes del criteri A (al·lucinacions i deliris) i per criteri de temporalitat però la presència de simptomatologia afectiva paral·lelament a la simptomatologia psicòtica i ansiosa, ens descarta aquest diagnòstic. El fet de que el pacient presenti simptomatologia psicòtica únicament en presència de simptomatologia afectiva i no de forma independent (criteri B: presència de deliris i al·lucinacions durant dues setmanes o més en absència de simptomatologia afectiva) ens descarta el diagnòstic inicial de trastorn esquizoafectiu. Per això, el diagnòstic final és que el pacient hagi presentat un primer episodi maníac amb símptomes psicòtics, podent ésser diagnosticat de TBI.

El TBI és una malaltia crònica, episòdica i fluctuant, amb importat càrrega genètica (l'heretabilitat del TB s'aproxima al 85%). El primer episodi pot ser maníac (més freqüent que sigui l'inicial en homes que en dones), hipomaníac, depressiu o mixt. La prevalença del TBI en la població adulta és aproximadament del 0.8% i afecta igual a homes que a dones. Alguns estudis han estimat que la freqüència de simptomatologia psicòtica en pacients bipolars és del 75%. Habitualment, aquesta simptomatologia està influïda per l'entorn i els estressors: en el nostre cas, deliris megalòmans (d'haver trobat la cura de la COVID-19) i hipocondríacs (d'estar infectat tot i PCR negativa).

CONCLUSIONS

- L'estrès generat per la situació de pandèmia ha condicionat l'aparició o reagudització de patologia psiquiàtrica i la seva patoplàstia.
- Els trets de personalitat desadaptatius dificulten la bona gestió de l'estrès, podent abocar a l'aparició de patologia psicòtica en context d'importants estressors externs.

- Els episodis maníacs inicials en el TB I són més freqüents en homes que en dones però en ambdós tipus d'episodis (maníacs i depressius) la probabilitat de presentar simptomatologia psicòtica és del 75%.
- Donat que l'heretabilitat del trastorn bipolar s'aproxima al 85%, els antecedents familiars de bona resposta a un tractament psicofarmacològic específic podrien ser una informació valuosa en el moment d'iniciar un tractament farmacològic.

REFERÈNCIES

[1] Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Apr - Jun;13(2):90-4.

[2] Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K. Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2007 Apr;99(1-3):37-44.

[3] Drvaric L, Bagby RM, Kiang M, Mizrahi R. Maladaptive personality traits in patients identified at lower-risk and higher-risk for psychosis. *Psychiatry Res*. 2018 10;268:348-53.

[4] Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychol Med*. 2011 Jan;41(1):33-40.

[5] Keck PE, McElroy SL, Havens JR, Altshuler LL, Nolen WA, Frye MA, et al. Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Compr Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;44(4):263-9.

“És la veritat”: COVID-19 i trastorn delirant

El trastorn delirant és una entitat particular en el conjunt de trastorns psicòtics. Les seves característiques de presentació i curs fan que en ocasions el diagnòstic es realitzi de forma tardana. Aquest cas és un exemple de com la pandèmia i el confinament poden precipitar l'empitjorament clínic i la cerca d'ajuda en una persona amb sospita de quadre delirant crònic.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient de 75 anys que acut a urgències de psiquiatria derivada des del CAP per disminució de l'estat d'ànim.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Es tracta d'una dona casada des de fa més de 50 anys i mare de 3 fills, 2 d'elles viuen a prop seu i la relació es defineix com adequada. Conviu amb el marit, afectat de malaltia d'Alzheimer (deteriorament cognitiu moderat, confabulacions i problemes de conducta ocasionals). Alfabetització elemental. Encarregada de la cura domèstica des de la infància (pertany a fratria de 12 germans de la que va exercir el rol de cuidadora).

Familiars: Familiar de primer grau amb possible trastorn psicòtic.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses o altres, asma amb tractament broncodilatador a demanda i polimiàlgia reumàtica en tractament amb corticoides (actualment 5 mg, màxim de 30 mg en la crisi que va motivar diagnòstic 10 anys enrere). També insuficiència venosa crònica que ha requerit d'intervenció quirúrgica en almenys dues ocasions. Pateix també hipoacúsia lleu-moderada.

Psiquiàtrics: Es tracta d'una dona amb caràcter premòrbid autoritari, obstinat i rígid, afectuosa amb la família però desconfiada amb l'entorn, trets que comparteix amb la majoria del seus germans. Dins d'aquest funcionament, tenia idees de perjudici cap

uns veïns de més de 10 anys d'evolució, basada en enveges i conflictivitat en la convivència (sorolls, respecte d'horaris) sense repercussió conductual i sense consultar en atenció especialitzada fins al procés actual.

Conductes addictives: Sense antecedents d'addicció ni consum actual de drogues d'abús.

Tractament habitual: sertralina 50mg/24h i lorazepam 1mg/24h des de fa més de 10 anys. Indicada des del CAP i per clínica depressiva reactiva a la mort d'un familiar.

PROCÉS ACTUAL

La dona va acudir a urgències de psiquiatria per recomanació de la MAP referent acompanyada d'una de les filles. El motiu era un estat anímic inestable, fragilitat emocional, desmoralització, nerviosisme i tensió, que la pròpia pacient relacionava amb el conflicte amb els veïns i que en les últimes setmanes s'havia intensificat.

Coincidint amb la declaració de l'estat d'alarma i el confinament, havien augmentat la intensitat i elements del pensament de perjudici i interpretacions receloses cap al veïns habituals (qualsevol soroll o gest anava dirigit a ella, tot cobrava significat de crítica, sospitava que la vigilaven mitjançant càmeres). Aquestes idees les havia estès a la resta de la comunitat, altres veïns amb qui mantenia relació cordial i fins i tot d'amistat i que veu parlar, "conspirar". També existia més implicació emocional i conductual: abans de l'aïllament era un tema que només referia a la família propera i de forma ocasional, però durant les darreres setmanes s'havia mostrat enfadada i amenaçant, arribant a trucar i denunciar la situació a les forces de seguretat en diverses ocasions.

Exploració psicopatològica: Nivell de consciència, orientació, capacitat d'atenció i funcions cognitives sense alteracions. El contacte era sintònic amb afecte reactiu i congruent al patiment derivat de l'experiència psicòtica especificada i que explica detallada i profusament, de forma coherent i sistematitzada. No semblava interferida per sensacions perceptives, sí hipervigilant i interpretativa amb sorolls i coincidències

de l'entorn veïnal (no en les entrevistes o cap al personal a urgències). Conservava capacitat d'autocura i atenció a rutina domèstica, encara que amb més dificultat en el tracte amb el seu marit, despectiu i paranoide cap a ell en alguna ocasió (conclusions precipitades d'oblits, falta de control emocional i de les respostes). Judici de realitat afectat pel deliri, que mobilitzava decisions.

EVOLUCIÓ

La pacient va ingressar en una unitat d'hospitalització domiciliària per a tractament i seguiment intensiu i estret. Es va instaurar tractament farmacològic amb risperidona 2 mg per la nit amb adequada tolerància i resposta favorable en sentit de distanciament i disminució de la implicació en el seu pensament delirant que tanmateix, restava inflexible de forma encapsulada (“no és la meva realitat, és la veritat”). Dins del pacte terapèutic es va acordar la supervisió i suport domèstic per part les seves filles, principalment en l'atenció al pare.

Durant la intervenció va presentar un lleugera reactivació de la polimiàlgia reumàtica en forma d'inflamació de les mans que va revertir amb augment de la cortisona a 10mg/dia sense influència en l'estat mental o emocional secundària.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(297.1) Trastorn delirant tipus persecutori.

DISCUSSIÓ

La pandèmia per COVID-19 presenta de forma creixent efectes en la salut mental de la població general, i també, com és lògic, en persones amb algun trastorn o vulnerabilitat mental. La literatura és escassa, heterogènia i es necessita temps per poder avaluar el grau d'impacte.

Podem entendre la pandèmia com un factor de risc de psicosis en la mesura que l'epidèmia infecciosa ve acompanyada d'una altra de por, preocupació i incertesa, i

també d'un canvi en la estructura sanitària i dinàmica assistencial. Totes aquestes condicions adverses faciliten el debut, reaccions o empitjorament dels símptomes de l'espectre psicòtic.

L'orientació diagnòstica en aquest cas va ser de trastorn delirant, tenint en compte que la pacient presentava les idees delirants des de feia anys, però que no ha estat fins a un moment d'elevat estrès emocional que la pacient ha requerit atenció mèdica.

En aquest sentit, és interessant destacar que el trastorn delirant és una entitat nosològica particular i ha rebut noms i aproximacions diverses al llarg de la història, entre altres, la “folie raissonant” (Sérieux i Capgras, 1909), que fa referència a un deliri crònic amb preservació de la resta de capacitats mentals i intel·lectuals (“interpretadors purs”, en el llibre dels autors francesos). Una altra aproximació, també herència de l'escola francesa i relacionada amb el moment que vivim és el concepte d'“Estat Predelirant” com la forma de vulnerabilitat característica i de tipus psicològic i orgànica sobre la qual, en determinades circumstàncies es desenvolupa el deliri. És a dir, i des d'aquesta perspectiva, s'atorga un paper fonamental a l'ambient i a la influència sociogènica en el deliri com precipitants de la paranoia.

Així doncs, en aquest cas sobre els ciments d'una personalitat sensitiva, obstinada i recelosa, apareixen elements que poden contribuir a una amplificació de les creences paranoïdes latents, derivant en l'eclosió simptomatològica que motiva la consulta i que es podrien resumir en:

- Canvi en les relacions domèstiques: sobrecàrrega pel rol de cuidadora d'un familiar amb demència.
- Canvi en la convivència de la comunitat: més temps i/o gent a casa condueixen a més activitat i sorolls, les dinàmiques i horaris també s'han pogut veure afectades (teletreball, esport, entreteniment domèstic).
- L'efecte “paranoiditzant” global de la pandèmia: prioritat en la necessitat de protecció contra un element invisible, la consideració dels altres com portadors o infectats, i per tant perillosos, i també de la pressió i dependència informativa que a més és canviant.

Tenint tot això en compte, el deliri tindria un paper de reestructuració i ajuda a l'afrontament d'una situació amenaçant i hostil, dins de la consideració ontogènica de les idees paranoïdes en l'ésser humà, un punt a considerar des del punt de vista terapèutic.

CONCLUSIONS

- Els canvis socials, les restriccions de llibertats i la pressió mediàtica que ha implicat la pandèmia per COVID-19 pot considerar-se un factor de risc per al debut sindròmic en persones amb símptomes subclínic (vulnerables o amb “Estat Predelirant”).
- El deliri podria adquirir una funció protectora davant d'un ambient estressant i els resultants efectes negatius psicològics i emocionals. Aquesta pandèmia potser ens obre antigues portes respecte a la interpretació dels fenòmens mentals.
- El temps ens donarà la perspectiva per a valorar l'impacte de la pandèmia sobre la salut mental general i en les persones amb problemes de salut mental preexistents, i també sobre l'estabilitat i evolució dels quadres psicòtics breus.

REFERÈNCIES

- [1] Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Fondo de Cultura Economica; 2013. 704 p.
- [2] Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020.
- [3] Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Vol. 7, The Lancet Psychiatry. Elsevier Ltd; 2020. p. e21.

De quan es discontinua la teràpia electroconvulsiva: altres víctimes de la crisi de la COVID-19

La crisi de la COVID-19 ha implicat una reorganització profunda de l'atenció sanitària. En relació a la TEC, ha comportat l'espaiament o suspensió de les sessions en molts malalts, fet que pot haver contribuït a un empitjorament de la seva situació clínica. Presentem el cas d'una dona de 39 anys amb esquizofrènia amb múltiples episodis previs que es descompensa coincidint amb la discontinuació de la TEC de manteniment setmanal. Aquest cas posa de nou en evidència el valor d'aquest tractament, mostrant-se com una eina terapèutica clau per a l'estabilitat de persones amb malalties psiquiàtriques greus.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 39 anys amb esquizofrènia que ingressa a sala d'aguts de psiquiatria procedent de centre de subaguts per a tractament de descompensació aguda amb símptomes positius greus.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Fràtria de tres germans. Soltera, amb una filla a càrrec de l'àvia, amb qui manté contacte freqüent. Els darrers anys, resideix en habitacions de lloguer, amb canvis freqüents en relació a ideació delirant de perjudici cap a companys de pis. Estudis universitaris acabats en el darrer any (Belles Arts). Té reconegut un grau de discapacitat per malaltia mental; reb pensió no contributiva. Incapacitada legalment per una fundació tutelar. Bona xarxa de suport, tant familiar com d'amistats, havent mantingut un prou ampli cercle social.

Familiars: Trastorn psicòtic en familiar de primer grau. Trastorn per consum d'alcohol en familiar de primer grau.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. L'any 2017, presenta rabdomiòlisi, trombosi venosa profunda -amb instauració de filtre de vena cava- i parèsia compressiva del nervi peroneal comú en context de contenció física i immobilització perllongada. Sense altres antecedents somato-quirúrgics d'interès.

Psiquiàtrics: Esquizofrènia amb múltiples descompensacions diagnosticada als 20 anys, que ha requerit diversos ingressos per descompensació psicòtica a diferents dispositius (hospitalització d'aguts, hospital de dia, centre de subaguts, centre de llarga estada), sovint en context de discontinuació unilateral de tractament psicofarmacològic. Diversos assajos psicofarmacològics al llarg dels anys, tant de formulació oral com injectable d'alliberament perllongat, incloent aripiprazol, paliperidona, flufenazina i clozapina. L'any 2017, per criteris d'esquizofrènia resistent, es realitza per primera vegada tanda base de TEC amb excel·lent resposta. Últim ingrés a inicis de 2020 a la unitat d'aguts del nostre centre -tres setmanes després d'abandonament per compte propi de tractament injectable trimestral amb paliperidona 525 mg-, en el qual es reinstaura tractament antipsicòtic previ i es realitza tanda base de TEC, amb posterior derivació a unitat de subaguts i continuació de la TEC en règim de manteniment.

Conductes addictives: Trastorn per consum de tabac d'inici a l'adolescència. Consum previ a l'ingrés actual de 20 cigarretes/dia. Antecedents de trastorn per consum de cànnabis fumat, amb abstinència perllongada en el moment de l'ingrés segons refereix.

Tractament habitual: Paliperidona injectable d'alliberament perllongat trimestral 525mg, olanzapina 30mg nocturna

PROCÉS ACTUAL

La pacient presenta una descompensació psicòtica progressiva les setmanes prèvies a l'ingrés actual, estant hospitalitzada a unitat de subaguts. Mostra ressorgiment d'ideació delirant mística i de perjudici vers familiars i personal sanitari, hostilitat, desorganització de conducta i alteració de biorritmes. La implicació afectiva i

conductual esdevé ràpidament notòria. La descompensació ocorre coincidint amb la crisi de la COVID-19, que suposa la suspensió del seu tractament amb TEC de manteniment setmanal. La reorganització assistencial derivada de la pandèmia implica la prioritització forçosa dels malalts que prossegueixen amb la TEC, jugant un paper important en la decisió de discontinuació l'acceptable estabilitat clínica de la pacient i el fet que el dispositiu d'ingrés on es troba presenta casos positius confirmats. L'última sessió es realitza dos mesos i mig abans de l'ingrés actual. Al centre de subaguts, s'optimitza progressivament el tractament psicofarmacològic amb augment d'olanzapina de 15 a 30mg/dia, sense assolir-se millora de la simptomatologia psicòtica. Les dificultats en l'abordatge són cada cop més intenses, modulades per la inclusió en la ideació delirant del personal sanitari que atén la pacient. En aquestes circumstàncies, i donats antecedents de bona resposta a la TEC -no disponible a la unitat de subaguts i sí al nostre centre-, així com escassa resposta a modificacions psicofarmacològiques, es coordina trasllat al nostre hospital per a reinstauració intensiva de TEC, amb pla posterior de reingrés a unitat de subaguts.

Exploració psicopatològica: Vigil, conscient i orientada en temps, lloc i persona. Acceptablement abordable i col·laboradora a l'entrevista; ha presentat hostilitat les hores prèvies amb personal sanitari. Contacte asintònic. Lleu inquietud psicomotriu en contactar amb nucli delirant. Memòria i atenció preservades. Discurs espontani, abundant, lleument accelerat, ben organitzat, normomodulat, on exposa ideació delirant de perjudici i mística amb implicació afectivo-conductual moderada-greu. No poden descartar-se alteracions sensorceptives o de la vivència joica, si bé no s'infereixen per discurs o conducta. No presenta clínica afectiva major, mostrant afecte reactiu. No s'evidencia ideació autolítica, heterolítica o tanàtica. Desgavell de bioritmes, amb son parcialment preservada psicofarmacològicament. Judici crític de realitat interferit. Nul·la consciència de malaltia, si bé accepta passivament tractament. Craving per tabac, sense altra simptomatologia d'abstinència o d'intoxicació.

EVOLUCIÓ

S'orienta el cas com a descompensació psicòtica amb símptomes positius greus d'esquizofrènia paranoide crònica, en coincidència temporal -i, molt probablement, també etiològica- amb la discontinuació de la TEC de manteniment.

Es realitza analítica sanguínia i electrocardiograma protocol·laris, sense troballes essencials.

S'instaura el tractament psicofarmacològic del centre de derivació, amb olanzapina 30mg/nit i paliperidona injectable d'alliberament perllongat trimestral 525mg -per calendari, no administrada durant l'ingrés-. Així mateix, el primer dia d'hospitalització iniciem tanda base de TEC amb sessions trisetmanals, realitzant-se'n un total de 15, amb bons temps de convulsió EEG (mitjana 42,4 segons, rang 25-48 segons).

Precoçment, la pacient es mostra més tranquil·la i adequada, així com es regulen els bioritmes, si bé persisteixen episodis ocasionals d'irritabilitat davant frustracions. Per contrapartida, la ideació delirant es manté de manera perllongada. Durant diversos dies és de verbalització espontània, eclosionant posteriorment davant anamnesi dirigida o estímuls instigadors, mantenint important implicació afectiva i conductual. Posteriorment, i sobretot a partir de la desena sessió de TEC, s'assoleix distanciament progressiu de la clínica psicòtica positiva. Cal assenyalar, de totes maneres, que la consciència de malaltia continua essent escassa, amb una planificació futura persistentment poc realista. En aquestes circumstàncies, es procedeix al trasllat de la pacient a la unitat de subaguts per a prosseguir amb l'estabilització clínica i l'abordatge de la consciència de malaltia, amb indicació de TEC de manteniment setmanal al nostre centre.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(295.90) Esquizofrènia, episodis múltiples, actualment en episodi agut.

DISCUSSIÓ

Exposem el cas d'una pacient de 39 anys amb esquizofrènia paranoide que presenta una descompensació psicòtica estant ingressada en règim de subaguts, coincidint temporalment amb la discontinuació de la TEC de manteniment com a conseqüència de la prioritització de malalts derivada de la crisi de la COVID-19. Reingressa en règim d'hospitalització d'aguts i es reinicia la TEC trisetmanalment, assolint-se una millora clínica lenta.

La pandèmia de la COVID-19 ha tingut un impacte sense precedents a la societat. Pel que fa a l'atenció sanitària, ha suposat una reorganització forçosa; entre d'altres, les activitats assistencials no urgents s'han vist posposades, cancel·lades o transformades a via telemàtica. En el cas de la TEC -teràpica que pot considerar-se, a tots els efectes, essencial per a una proporció notòria de pacients- diversos factors n'han condicionat també una reorganització: (a) el risc de contagi del malalt pel desplaçament a un centre sanitari o dins el propi centre, amb la conseqüent necessitat d'aplicació d'un rigorós balanç risc-benefici per decidir la seva realització; (b) el fet que es tracta d'un procediment generador d'aerosols i, per tant, d'alt risc per al personal sanitari involucrat, amb la necessitat d'aplicació de protocols que han perllongat el temps de cada tractament i han disminuït, inevitablement, el número de pacients que han pogut ser atesos; i (c) la redistribució dels professionals sanitaris en altres dispositius més prioritaris durant la crisi, involucrant també una disminució de disponibilitat de la teràpia.

El cas clínic descrit il·lustra una probable "víctima col·lateral" de la COVID-19: com tants altres casos, la pacient no s'ha infectat pel SARS-CoV-2, però la seva salut se n'ha vist ressentida indirectament. En discontinuar la TEC de manteniment, la pacient es descompensa progressivament del seu trastorn psicòtic de base, fins a l'extrem de requerir un reingrés en règim d'hospitalització d'aguts des d'un centre de subaguts. Tot això, tot i mantenir una estricta adherència al tractament psicofarmacològic -i la seva optimització, seguiment psiquiàtric diari i una adequada contenció ambiental, certificats per la situació d'hospitalització de la pacient.

Les víctimes col·laterals de la COVID-19, evidentment, no acaben aquí. Més enllà d'altres patologies psiquiàtriques i somàtiques que també han vist la seva assistència sanitària habitual escapçada, mica en mica van -i aniran- aflorant damnificats, sorgits sobretot de la situació perllongada de confinament, les experiències traumàtiques viscudes per persones properes als infectats per SARS-CoV-2 i la crisi social i econòmica que tot just s'insinua.

Aquest cas mostra l'impacte negatiu de la crisi per la COVID-19 en una pacient amb un trastorn mental greu, conseqüència del deteriorament del seu abordatge psiquiàtric. Afegeix notorietat al valor de la TEC com a tractament efectiu per a pacients amb malalties psiquiàtriques greus.

CONCLUSIONS

- La crisi de la COVID-19 ha suposat una reorganització forçosa de l'atenció sanitària. Diverses activitats assistencials no urgents s'han vist posposades, cancel·lades o transformades a via telemàtica.
- La TEC s'ha vist sotmesa a una reorganització per causes multifactorials, tot i ser una teràpia essencial per a una proporció notòria de pacients.
- La discontinuació o espaiament de la TEC pot haver contribuït a la descompensació de malalts amb trastorns mentals greus, tot i la prioritització curosa de pacients afectats per la disminució de disponibilitat de la teràpia. Pot haver-se requerit, fins i tot, ingrés hospitalari per a la reestabilització, com és la situació de la pacient descrita en aquest cas clínic.
- El valor de la TEC es posa de nou en evidència, mostrant-se un cop més com una eina terapèutica clau per a l'estabilitat de malalts amb malalties psiquiàtriques greus.

REFERÈNCIES

[1] Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19 [Internet]. Vol. 13, Revista de Psiquiatria y Salud Mental. Elsevier BV; 2020. p. 105–10.

[2] Bernardo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M. Coordinadors. Consenso Español Sobre La Terapia Electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018. Disponible a: <http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/SEPBB%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf>

[3] Cook TM, El-Boghdadly K, McGuire B, McNarry AF, Patel A, Higgs A. Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19: Guidelines from the Difficult Airway Society, the Association of Anaesthetists the Intensive Care Society, the Faculty of Intensive Care Medicine and the Royal College of Anaesthetists. *Anaesthesia*. 2020 06;75(6):785-99.

[4] Espinoza RT, Kellner CH, McCall WV. Electroconvulsive Therapy During COVID-19: An Essential Medical Procedure-Maintaining Service Viability and Accessibility. *J ECT*. 2020 06;36(2):78-9.

[5] Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Aug 6;383(6):510-2.

Mania en temps de pandèmia: COVID-19 i trastorn bipolar

El cas que presentem a continuació il·lustra com han pogut afectar el diagnòstic, seguiment i tractament de qualsevol trastorn mental, específicament del TB, els canvis que han tingut lloc en la xarxa de salut mental d'arreu del territori durant la pandèmia per la COVID-19.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient dona de 43 anys que acut derivada d'urgències de psiquiatria per vinculació a CSMA.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Petita d'una fràtria de 3 germans. Mare mor fa 19 anys, pare actualment viu en residència geriàtrica. Descriu distòcia familiar durant la seva infància i adolescència, actualment té escàs contacte amb família d'origen. Casada des de finals de 2019. No té fills. Nega dificultats en l'aprenentatge. Estudis de cicle formatiu de grau mitjà. Sempre s'ha dedicat a l'administració comercial. Últimes dues feines a principis d'abril de durada molt curta (una dos dies i l'altra només unes hores) per procés actual, des de llavors a l'atur.

Familiars: Nega antecedents familiars psiquiàtrics d'interès.

Sómato-quirúrgics: Nega antecedents somato-quirúrgics d'interès ni al·lèrgies medicamentoses conegudes. Consten diverses consultes a MAP per desig gestacional en els últims anys.

Psiquiàtrics: Diagnòstic de trastorn d'ansietat sense agorafòbia des de 2016. Va fer tractament psicofarmacològic amb citalopram 20mg/dia pautat per MAP en dos períodes al llarg de dos anys (2016-2018) que va abandonar per iniciativa pròpia per escassa resposta, segons refereix. L'any 2017 també es va vincular a grups psicoterapèutics al seu CAP (12 sessions) per clínica ansiós-depressiva en context de

ruptura de parella. Des de finals de 2018 en seguiment per psicologia a través de Serveis Socials de l'Ajuntament. No consta vinculació prèvia a CSMA.

Conductes addictives: Trastorn per consum de nicotina (fumadora de 20 cigarrets/dia). Trastorn per consum d'alcohol lleu, en remissió total sostinguda des de 2015.

Tractament habitual: Àcid fòlic 5mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

La pacient consulta a urgències de psiquiatria el passat 14 d'abril per clínica ansiosa de 3 setmanes d'evolució, en context d'acomiadament de la feina a l'inici de l'estat d'alarma per la COVID-19 i problemàtica econòmica derivada d'aquest.

Exploració psicopatològica: Vigil, conscient i orientada en les tres esferes, col·laboradora. Aspecte cuidat. Contacte hiperfamiliar, sense alteracions en la psicomotricitat. No alteracions cognitives. Lleugera verborrea sense altres alteracions formals ni del contingut del pensament. Nega alteracions perceptives. Labilitat afectiva, ansietat psíquica amb ansietat anticipatòria. Insomni segona fase, normorèxia. No idees de mort ni ideació autolítica. *Insight* adequat.

EVOLUCIÓ

Inicialment s'orienta el cas com un trastorn d'ansietat i s'inicia tractament amb citalopram 20mg/dia i es recomana seguiment per MAP.

Tres dies més tard, la pacient reconsulta a urgències acompanyada pel SEM després d'haver sigut vista per la policia al terrat del seu domicili, segons expliquen, amb intenció de llançar-se. La pacient assegura que només estava allà per por a contagiar-se de la COVID-19 (un familiar treballa en dispositiu amb pacients infectats) i nega ideació autolítica. El familiar refereix des de fa uns dies que la veu més irritable, activa i verborreica, sense respectar mesures de protecció a domicili a diferència dels

dies previs que era molt estricte amb aquestes. A l'entrevista refereix insomni global de tres dies d'evolució així com idees sobrevalorades de contingut megalomaniac i idees de perjudici. El contacte és hiperfamiliar i l'afecte incongruent. Es mostra làbil i irritable en l'entrevista. No s'objectiven alteracions de conducta durant la seva estada a urgències, amb plans de futur a curt termini adequats. S'orienta com un episodi hipomaniac, s'acorda conjuntament amb la pacient i la parella alta a domicili amb supervisió i s'indica suspendre citalopram i iniciar olanzapina 5mg/nit. Paral·lelament es recomana vinculació a CSMA a través de MAP que no es tramita perquè la pacient troba el CAP tancat i desconeix que s'ha centralitzat tot a un altre CAP de la zona.

Vint dies després torna a anar a urgències referint ansietat i insomni tot i el tractament farmacològic pautat, on es detecta que ha continuat prenent, a més d'olanzapina 5mg/dia, el citalopram 20mg/dia per error. En aquesta tercera visita verbalitza augment de capacitats cognitives i plans, disminució de la necessitat de son amb insomni global, hiporèxia, hiperactivitat, taquipsíquia, autoreferencialitat en via pública, pseudoal·lucinacions auditives i convenciment d'estar embarassada. La seva parella confirma empitjorament progressiu de la clínica descrita anteriorment que també havien referit en l'última visita a urgències. A l'exploració es descriu contacte sintònic amb hiperfamiliaritat. Discurs verborreic però interrompible, tangencial. No s'objectiven alteracions en la psicomotricitat ni conductes de risc. Nega idees de mort o ideació autolítica. Tenint en compte que la pacient disposa de bona contenció familiar, s'acorda alta a domicili. S'ajusta la pauta de tractament indicant suspendre citalopram 20mg i augmentant olanzapina a 15mg/dia i s'assegura la comprensió de la pauta tant per part de la pacient com de l'acompanyant. Com a mesura excepcional durant la pandèmia es deriva la pacient a CSMA des d'urgències per tal de facilitar la vinculació i el seguiment.

La setmana següent es realitza la primera visita telefònica des de CSMA on ja s'objectiva remissió parcial de la simptomatologia maniforme que havia motivat les últimes visites a urgències de psiquiatria. La pacient descriu normalització del patró de son, menys taquipsíquia i hiperactivitat. Plans a curt termini adequats. Manté to hiperfamiliar. El discurs és més organitzat i menys pressiu. Nega clínica de l'esfera

psicòtica i alteracions perceptives i fa crítica parcial de la simptomatologia presentada les setmanes anteriors, amb bona consciència de malaltia i necessitat de tractament. S'acorda fer seguiment presencial intensiu des de CSMA per tal d'ajustar la pauta farmacològica i estabilitzar el quadre.

En la primera visita presencial, i fent una anamnesi més extensa, es detecta que prèviament a l'episodi actual i des dels 25 anys aproximadament, la pacient havia presentat diversos episodis hipomaniacs caracteritzats per sensació de benestar, augment d'activitat, plans, energia, hipersexualitat, despeses injustificades i insomni, d'intensitat menor a l'actual. La pacient mai va consultar per aquests episodis i no va rebre tractament.

Amb tot l'anteriorment descrit es fa la orientació diagnòstica de TB I i es proposa iniciar tractament amb un estabilitzador de l'ànim, liti en aquest cas, que la pacient accepta. En les 4 setmanes posteriors es fan visites presencials setmanals on es va ajustant progressivament la dosi de liti fins a 1200mg/dia i olanzapina fins a 5mg/dia, objectivant-se una remissió completa de la clínica. Es continua el seguiment via telefònica perquè la pacient ha trobat una feina a jornada completa i pel moment manté estabilitat clínica.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.40) Trastorn bipolar I, episodi més recent o actual maníac amb símptomes psicòtics.

DISCUSSIÓ

La pandèmia per COVID-19 ha obligat a replantejar-se el sistema de salut en general, i per tant també la xarxa de salut mental.

D'una banda hi ha hagut molts professionals de la salut mental que s'han hagut de reubicar temporalment a serveis de medicina on es donava atenció a pacients amb COVID-19. A més, la psiquiatria d'enllaç ha tingut un paper clau, tant per les consultes en relació a les interaccions dels psicofàrmacs amb els tractaments de la infecció i les

manifestacions neuropsiquiàtriques d'aquesta, com pel control de pacients descompensats ingressats a unitats de medicina. D'altra banda, l'atenció i l'hospitalització domiciliària s'han potenciat per tal d'evitar ingressos hospitalaris i consultes a urgències, i així disminuir el risc de contagi. Per últim, s'ha implementat la telemedicina davant la impossibilitat de fer visites presencials, per poder continuar fent un seguiment als pacients vinculats a la xarxa, ja sigui en format telefònic o per videoconferència.

En molts casos també s'han hagut de reconvertir temporalment les unitats d'aguts de psiquiatria en unitats de medicina per poder donar resposta a totes les persones amb COVID-19 que van precisar ingrés, amb la conseqüent pèrdua de llits disponibles per psiquiatria. A més a més, els usuaris han esperat més de l'habitual en consultar per la por d'anar a l'hospital, objectivant-se una disminució de les consultes per patologia lleu i un nombre major d'exacerbacions agudes de trastorns mentals greus de més temps d'evolució i amb simptomatologia més greu del que és habitual. A conseqüència de tot l'anteriorment descrit, hi ha hagut un augment de la pressió assistencial als serveis d'urgències de psiquiatria i una major dificultat per poder donar la mateixa atenció que en condicions normals.

Finalment, la majoria de dispositius comunitaris (Hospital de Dia, Servei de Rehabilitació, Club Social,...) han tancat o han donat només atenció via telemàtica, fet que ha condicionat en alguns casos l'empitjorament dels usuaris vinculats a aquests dispositius.

En el cas que hem presentat, el fet que la pacient consultés en època de pandèmia i la pressió assistencial que hi havia a urgències en aquelles dates va fer que en primer lloc no hi hagués una bona comprensió de la pauta de tractament, probablement per múltiples factors (temps, estat psicopatològic, no poder tenir acompanyant...), i per tant hi hagués un empitjorament progressiu de la clínica. En segon lloc, no es va poder vincular a CSMA el primer cop que se li va indicar perquè al seguir el circuit habitual la pacient es va trobar el CAP tancat i desconeixia quina alternativa tenia per poder tramitar la derivació. Malgrat això, el sistema de visites telemàtiques va permetre que es pogués fer una visita telefònica a CSMA als dos dies de l'última visita a urgències,

més ràpid de l'habitual, i també va ser possible fer seguiment setmanal presencial cosa que abans de la COVID-19 hagués estat inviable.

CONCLUSIONS

- La pandèmia per COVID-19 ha suposat un canvi en l'atenció a les persones amb problemes de salut mental d'impacte tant a curt com a mitjà termini.
- Aquest canvi ha pogut dificultar, sobretot en usuaris sense seguiment previ a salut mental, la vinculació i el seguiment per la constant modificació dels protocols i circuits assistencials habituals.
- L'assistència via telemàtica ha facilitat poder establir un contacte més freqüent i un seguiment més estret d'aquelles persones amb descompensacions agudes o subagudes dels seus trastorns de base.

REFERÈNCIES

[1] Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 04;7(4):e15-e16.

[2] Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Apr - Jun;13(2):105-10.

Catatonía i COVID-19: una solució clàssica per a un problema modern

Es presenta el cas d'un home de 42 anys amb antecedents de TDM amb símptomes psicòtics que, en context d'abandonament del tractament, seguiment i consum de cànnabis, evoluciona fins a la catatonía. Es detecta infecció per COVID-19 en PCR positiva d'ingrés, dificultant el maneig terapèutic del cas i obligant a nous plantejaments donada la situació pandèmica actual.

MOTIU DE CONSULTA

Home de 42 anys que acut al servei d'urgències de psiquiatria per valoració de clínica depressiva amb característiques psicòtiques de dues setmanes d'evolució.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Lleida. Viu sol, és solter i sense fills. Treballa com a comercial en el sector automobilístic. Mare metgessa d'atenció primària, pare advocat. És el menor de 4 germans. Xarxa social, familiar i laboral estable. Hàbits de vida saludables.

Familiars: No consten.

Sómato-quirúrgics: No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Nega antecedents mèdics rellevants.

Psiquiàtrics: Primer contacte amb psiquiatria al 2005, arrel d'una temptativa de suïcidi que va requerir ingrés a unitat d'aguts, amb orientació diagnòstica de TDM greu, amb símptomes psicòtics (296.24). Es realitzen 3 sessions de TEC amb remissió del quadre. Posteriorment seguiment per via privada. Ingressa novament l'octubre del 2017, per Trastorn depressiu major recurrent, amb símptomes psicòtics (296.34). Es realitzen 11 sessions de TEC i tractament amb clomipramina 150mg/dia i olanzapina 10mg/dia, amb remissió del quadre. Manté seguiment psiquiàtric via

privada, amb retirada progressiva del tractament. A l'octubre de 2019 es retira tractament farmacològic per estabilitat psicopatològica, mantenint visites de seguiment fins a l'actualitat.

Conductes addictives: Fumador de mig paquet de tabac al dia. Consum d'alcohol esporàdic en context social. Nega ús d'altres substàncies.

Tractament habitual: Sense tractament des d'octubre de 2019. La setmana prèvia a l'ingrés la seva referent instaure: Clomipramina 100mg/dia i Haloperidol 1mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

La família explica que durant les últimes dues setmanes ha presentat un nou episodi de característiques similars als ingressos previs. Refereixen alteracions de la conducta, inquietud psicomotora immotivada, insistència en sortir del domicili malgrat les restriccions pròpies del confinament, arribant a baixar al carrer quasi desvestit. Al ser preguntat per això el pacient es mostra alentit i perplex. Explica “volia que em donés l'aire”, “volia beure aigua”. Amb marcada bradipsíquia i discurs escàs i molt dirigit, refereix que últimament se sent molt ansiós i que el confinament “no li ha resultat fàcil”. Fa una setmana ha reprès el tractament farmacològic. La seva mare explica un episodi de rubor i sudoració dos dies abans, que relaciona com un efecte advers a l'haloperidol. El quadre ha empitjorat fa 4 dies, amb aparició de pors inespecífiques, autoreferencialitat i augment de la perplexitat i l'alentiment, arribant a l'insomni global en els últims dos dies, motiu pel qual han acudit a urgències.

Exploració psicopatològica: A l'exploració el pacient es manté vigilant, conscient i orientat en les tres esferes. Col·laborador però no fàcilment abordable per marcada perplexitat. Alentiment psicomotor, bradipsíquia i per moments aparenta bloqueig del pensament. Contacte asintònic. Aspecte mantingut. Alteració de la integritat del jo, amb desrealització i despersonalització. Discurs molt escàs, alentit i dirigit, poc espontani, amb latència de resposta augmentada. Ideació delirant de contingut nihilista. Al·lucinacions visuals (“veig ones que ho controlen tot”), auditives (en forma

de veus que interpreta com a “Rei Lleó o Rei Jordi” que situa a l’habitació contigua) i cenestèsiques (amb “sensació d’estar buit per dins”). Moderada angoixa interna. Ànim deprimit, amb anhedònia i apatia. Insomni global. Hiporèxia amb pèrdua de 2kg en dues setmanes. No idees de mort ni intencionalitat autolítica. No auto ni heteroagressivitat. Judici de la realitat alterat.

EVOLUCIÓ

Es decideix ingrés hospitalari per l’estabilització psicopatològica, amb orientació diagnòstica de TDM amb símptomes psicòtics. S’instaura tractament amb clomipramina 150mg/dia, olanzapina 15mg/dia i lormetazepam s/p.

El mateix dia d’ingressar el pacient presenta febrícula de 37,6°C, amb resta de constants vitals correctes. A destacar un pic febril de 38,2°C amb bona resposta a paracetamol. No presenta clínica suggestiva d’infecció respiratòria. A l’analítica sanguínia destaca leucocitosi (14,34 x10⁹/L) amb neutrofília (75,5%). Resta de paràmetres dins la normalitat. Es realitza PCR per COVID-19, resultant negatiu. A l’exploració el pacient presentava diaforesi i rubor, amb marcada inquietud interna, discurs circular, amb ecolàlies, conducta desorganitzada alternada amb l’estupor, oposicionisme i rigidesa articular cèria.

Malgrat una primera determinació per PCR negatiu, davant la sospita d’infecció activa per COVID-19 es repeteix dos dies després, resultant positiva. S’amplien des d’aquell moment les mesures d’aïllament del pacient.

Lluny de millorar, el pacient inicia major oposicionisme: es nega a la presa de tractament i a les ingestes, es mobilitza amb inestabilitat i marcada rigidesa, adoptant postures antigravitatòries. Es decideix la intervenció amb TEC donada la gravetat del quadre i la bona resposta prèvia. Es realitzen 5 sessions de TEC de pols ultra-ràpid amb estimulació bilateral, assolint càrrega màxima de 104mC (entre 72mC i 104mC), amb un temps de convulsió entre 36-48 segons.

De forma progressiva el pacient presenta milloria del quadre: major reactivitat psicomotora, contacte més sintònic, discurs cada vegada més fluid i coherent, normalitzant àpats i descans nocturn.

Set dies després de la PCR positiva, el servei de medicina interna recomana repetir nou test, resultant negatiu. Per confirmar la negativització se'n practica un altre 2 dies més tard, confirmant-se el resultat negatiu.

Després de la 5a sessió de TEC el pacient es trobava recuperat *ad integrum*: sense alteracions psicomotores, ànim eutímic, discurs coherent i ajustat, sense alteracions de l'esfera psicòtica, ni pensaments de mort. Donada la bona evolució es decideix l'alta a domicili 20 dies després d'ingressar, amb tractament farmacològic (clomipramina 100mg/dia i olanzapina 10mg/dia) i TEC de manteniment.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(293.89) *Trastorn depressiu major, episodi recurrent, amb símptomes psicòtics congruents amb l'estat d'ànim.*

(293.89) *Catatonía associada a trastorn depressiu.*

DISCUSSIÓ

La catatonía és una síndrome neuropsiquiàtrica conformada per símptomes en l'esfera psicomotora, conductual, cognitiva, afectiva i disautonòmica. La fisiopatologia és desconeguda a dia d'avui, havent-se identificat els correlats neurobiològics, però sense quedar clar si aquestes troballes representen causes etiològiques o seqüeles del trastorn. Malgrat que durant molt de temps s'ha associat a un origen psiquiàtric, especialment a descompensacions afectives, avui dia se sap que pot tenir un origen orgànic, havent-se identificat més de 100 condicions mèdiques subjacents. Entre elles, existeixen causes infeccioses com la infecció per *Borrelia burgdorferi*, dengue, febre tifoidea, malària o meningoencefalitis vírica/bacteriana. En el cas de la COVID-19, els símptomes neurològics més comuns inclouen hipòsmia, cefalea i marejos encara que també s'han descrit complicacions més greus com

accidents cerebrovasculars, síndrome de Guillain-Barré, mielitis transversa aguda i encefalitis. No obstant això, atès que el SARS-CoV-2 és un virus de recent aparició, no hi ha casos de catatonía descrits relacionats amb aquest. Encara així, atès que el pacient havia presentat episodis de catatonía previs, considerem que el principal factor causant del quadre és el seu trastorn afectiu més que una complicació de la infecció.

Els tractaments de primera línia per a la catatonía són les benzodiazepines i la TEC aconseguint taxes de remissió del 60 al 80% dels casos (del 80 al 100% segons la guia de la Sociedad Española de Psiquiatria. Quan no existeix resposta a les benzodiazepines i la clínica requereix una actuació urgent, s'ha de preparar al pacient immediatament per a administració de TEC el més aviat possible. En l'era COVID, molts procediments s'han vist ajornats a causa dels riscos relacionats amb la realització d'aquests. Fins i tot en alguns centres, es van deixar de realitzar sessions de TEC malgrat ser indispensables per a mantenir l'estabilitat psicopatològica de molts pacients. Només algunes unitats es van mantenir actives, seguint els protocols d'adaptació a la situació de pandèmia, però en aquest cas suposava una dificultat extra, ja que el pacient presentava una infecció activa per COVID-19. Atès que en el centre es disposaven de dos dispositius d'estimulació per a la TEC, es va procedir a crear dos circuits per a la realització de la tècnica en dues estades diferents; un per a pacients amb PCR negativa, i un altre per a pacients amb PCR positiva, minimitzant així el risc d'infecció dels altres usuaris. Per als pacients COVID-19 positius es va realitzar la intervenció a la seva habitació, mantenint així l'aïllament, optimitzant tot el possible el nombre de professionals presents.

Les guies suggereixen que no és necessari mantenir el tractament antidepressiu de manera indefinida quan es produeix un únic episodi de depressió major, a menys que es tracti d'un episodi particularment greu i existeixin altres factors de risc com tendències suïcides o antecedents familiars. Existeixen dubtes sobre com procedir després de la remissió d'un segon episodi de depressió major, però igualment suggereixen que els casos greus poden requerir un tractament de manteniment. En el cas plantejat, donada la gravetat dels episodis previs, es podria haver valorat realitzar

TEC de continuació/manteniment a l'alta d'hospitalització després del segon episodi depressiu o mantenir almenys durant un major període de temps el tractament antidepressiu per a evitar l'aparició de nous episodis.

CONCLUSIONS

- La pandèmia de la COVID-19 ha suposat una situació d'excepcionalitat en la qual s'ha vist limitat el seguiment ambulatori, dificultant així els tractaments per als pacients més vulnerables, propiciant l'aparició de quadres més crítics a les urgències.
- La catatonía és una entitat clínica greu. És fonamental la rapidesa en el tractament durant les primeres 48-72h de l'aparició.
- La TEC ha de plantejar-se de manera primerenca com una opció en el tractament, donada la ràpida resposta que s'observa en alguns pacients. Malgrat l'estigma associat a la tècnica, la seva validesa s'ha mantingut al llarg del temps i continua demostrant la seva eficàcia fins i tot en els moments de màxima necessitat

REFERÈNCIES

- [1] Boland X, Dratcu L. Electroconvulsive Therapy and COVID-19 in Acute Inpatient Psychiatry: More Than Clinical Issues Alone. *J ECT*. 2020 09;36(3):223-4.
- [2] Fernández-Sotos P, López-Álvarez J, López Arcas-Calleja P, García-Tercero RM, Del Yerro-Álvarez MJ. Mixed etiology catatonía. *Actas Esp Psiquiatr*. 2020 May;48(3):138-44.
- [3] Sienaert P, Lambrichts S, Popleu L, Van Gerven E, Buggenhout S, Bouckaert F. Electroconvulsive Therapy During COVID-19-Times: Our Patients Cannot Wait. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020 07;28(7):772-5.

La solitud: l'altra pandèmia. El risc de suïcidi durant el confinament per la COVID-19

Molts ens preguntem si hi haurà variació pel que fa a la conducta suïcida durant la pandèmia de la COVID-19. Augmentaran o disminuiran els casos? O tal vegada es mantindrà estable? Encara no sabem com l'aïllament social, l'aturada de l'activitat assistencial presencial, la reducció dels ingressos psiquiàtrics o la crisi econòmica, estan influïnt en els casos de suïcidi. En aquest cas clínic es mostra l'evolució d'una pacient amb un alt risc de suïcidi durant el confinament, tenint en compte la influència de les circumstàncies ambientals durant tot el procés terapèutic.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 51 anys que es vincula a consultes externes de psiquiatria per idees autolítiques, que s'inicien arran del dol per suïcidi d'una de les seves filles.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Brasil, viu a Catalunya des de fa més de vint anys. És la menor de dues germanes. Mare de dues filles, de 28 i 24 anys. La petita va morir per suïcidi fa un any. Comparteix pis, la filla gran hi viu de forma intermitent. La mare també és a Catalunya, viu a una altra província. Divorciada. Té parella estable des de fa dos anys, no conviuen. Treballava d'esteticista, actualment de baixa laboral. Antecedents de maltractament per part d'una exparella. Problemàtica econòmica. Cercle social reduït.

Familiars: Suïcidi consumat en dos familiars de primer grau.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies conegudes. Càncer de mama fa tres anys. Càncer d'úter als 30 anys. Ambdós en remissió.

Psiquiàtrics: Primer contacte amb la xarxa de salut mental fa uns tres anys arrel d'una temptativa autolítica mitjançant una sobreingesta medicamentosa, de forma

impulsiva, amb autorescat i baixa letalitat, en context d'una ruptura sentimental. No es va vincular al seguiment ambulatori ni va seguir cap tractament farmacològic. Trets límits de la personalitat.

Conductes addictives: Sense antecedents d'interès.

Tractament habitual: Fluoxetina 30mg/dia, Alprazolam 0,5mg c/8h, Clonazepam 2mg/nit (però la pacient pren més comprimits dels pautats, entre 2-3 comprimits al dia).

PROCÉS ACTUAL

La pacient es vincula a les consultes externes per ideació autolítica, poc abans de la pandèmia COVID-19. Fou derivada des d'urgències de psiquiatria, ja que presentava idees de mort i simptomatologia ansiós-depressiva arran de la mort per suïcidi de la seva filla petita fa un any, estant al domicili de la mare de la pacient.

A la consulta, la pacient refereix que “no es recupera”, que es sent molt trista cada dia, sense ganes de fer res, inclús sense poder treballar, quan ella sempre havia treballat moltíssimes hores per poder encarregar-se de la seva família. Explica angoixa, insomni quasi global i sentiments de culpa envers la mort de la filla. Tot això, es barreja amb sentiments de ràbia cap a la seva mare, que alhora li generen culpa, ja que no pot evitar pensar en que podia haver evitat la mort de la seva filla, ja que es trobava amb ella a casa seva en el moment del suïcidi consumat.

Al mateix temps, verbalitza tenir molta por que l'altra filla també morís. Al preguntar-li el motiu, explica que abans que morís la seva filla petita va tenir un somni molt vívid en el què morien les dues filles, però només la petita desapareixia. “No és el primer somni que se'm compleix, vaig somniar que es moria una veïna fa uns anys i a l'endemà em vaig assabentar que ens havia deixat durant la matinada”.

Exploració psicopatològica: Aspecte descuidat. Contacte sintònic. Actitud col·laboradora. Hipoprosèxia. Dèficits mnèsics subjectius i objectius. Hipotímia

subjectiva mantinguda, afecte hiporeactiu. Certa distància afectiva. Ansietat psicofísica amb crisis d'angoixa franques. Insomni quasi global. Apatia, hipobúlia, hipohedònia. Discurs quelcom alentit, ben estructurat, centrat en la pèrdua de la seva filla. Sentiments de culpa. No idees de ruïna ni hipocondria. No clínica psicòtica. Ideació autolítica parcialment estructurada, sense intenció actual de pas a l'acte. Plans de futur a mig termini preservats. Lleu alentiment psicomotriu. *Insight* conservat.

EVOLUCIÓ

La pacient es vincula a consultes externes de psiquiatria i s'inicia psicoteràpia concomitantment, havent de renovar pactes de compromís de no pas a l'acte en moltes visites consecutives, a causa d'una ideació autolítica persistent. S'orienta el cas com un dol complex persistent, arribant a complir criteris per un episodi depressiu major. Es procedeix a canviar el tractament farmacològic, retirant l'ISRS i iniciant un antidepressiu dual, la duloxetina. A més a més, es detecta un ús de benzodiazepines fora de prescripció, orientant-se com un trastorn per consum de sedants. Es redueix la dosi de benzodiazepines i s'inicia quetiapina. S'aconsegueix un bon vincle amb la pacient, validant tots els sentiments que presentava envers la mort de la seva filla i promovent activitats d'autocura. Millora inicial parcial, sense presentar una resposta farmacològica estàndard al tractar-se d'un cas de dol.

Tot empitjora de nou quan la seva altra filla desenvolupa un trastorn per consum de tòxics (cocaïna, amfetamines i cànnabis) presentant alteracions conductuals durant les intoxicacions. Li és molt difícil sostenir la situació en el moment de fragilitat en que viu, i "es trenca" de nou. Es pacta programar un ingrés a subaguts per a contenció del risc autolític, però és en aquell moment quan la filla gran realitza una temptativa autolítica en context d'intoxicació i ella rebutja l'ingrés, per motius congruents, per fer-li suport. "Els meus somnis sembla que s'acabaran complint", diu.

La filla es va estabilitzant i ella pot reprendre el procés de treball del dol. Segueix molt aïllada, sense motivació per fer activitats, descuidant-se molt físicament, quan

ella sempre havia estat molt presumida. Passa moltes hores al dia “investigant” la mort de la seva filla i preguntant-se molts “i si hagués fet...”. A moments creu que no és real, inclús arriba a escenificar el penjament d’ella per intentar entendre-la. Tot i això, la ideació autolítica desapareix i va fent progressos en el procés psicoterapèutic.

Amb l’arribada de la pandèmia i el confinament, els avenços pel que fa al contacte social i a l’activació conductual fan un pas enrere. Torna a passar gairebé tot el dia al llit, recaient en el trastorn per consum de sedants amb l’objectiu percebut per la pacient de “desconnectar”. Seguim mantenint les visites telefònicament, gairebé setmanalment i amb correus electrònics. Costa molt que agafi el telèfon, cal insistir molt. A tota la situació, se li suma un empitjorament de la problemàtica econòmica, derivat de l’acomiadament de la feina.

De sobte, els professionals reben un avís per part d’una associació de persones en dol en el qual expliquen que la pacient ha trucat i ha verbalitzat amenaces autolítiques amb intenció de pas a l’acte el mateix dia. Després de moltes trucades sense èxit, contesta a un correu electrònic i s’aconsegueix parlar. Explica que ha presentat ideació autolítica estructurada en context d’un moment de desbordament emocional però que després ha aconseguit calmar-se i han desaparegut les idees de mort. De nou, realitza un nou compromís de no pas a l’acte i s’ajusta la pauta ansiolítica.

Al cap de dues setmanes, la pacient passa la nit a urgències de psiquiatria després d’una sobreingesta medicamentosa de 15 mg de clonazepam. Explica que realment ha sigut amb intencionalitat hipnòtica i no autolítica, arran d’una discussió amb la seva filla, que torna a consumir i està constantment intoxicada. La pacient és donada d’alta a les 24h i es reprèn el seguiment telemàtic.

A hores d’ara, no ha tornat a realitzar cap conducta autolítica i està tenint millor adherència al tractament. De moment, es manté el seguiment telemàtic a causa de la pandèmia de la COVID-19, que encara roman tediosa i imprevisible.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.33) *Trastorn depressiu major greu, episodi únic moderat.*

(309.89) *Altres trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès especificat. Dol complex persistent.*

(305.40) *Trastorn per consum de sedants, hipnòtics i ansiolítics lleu.*

DISCUSSIÓ

No només són els esdeveniments succeïts els que condueixen la pacient a tenir un risc elevat de suïcidi. Com va teoritzar Mann, la conducta suïcida no és una resposta lògica a factors estressants extrems, sinó que és el resultat de la interacció entre aquests i la predisposició biològica (diàtesi) de cadascú, postulant un model de diàtesi-estrès.

Abans de l'aparició de la COVID-19, ja es tractava d'una pacient d'alt risc, tant per factors de vulnerabilitat, com pels estressors ambientals. En irrompre la pandèmia, aquest risc s'ha incrementat de forma notable.

En primer lloc, la pacient presenta antecedents d'una temptativa suïcida en el passat, que segons la literatura, està considerat el factor de risc més rellevant per a morir per suïcidi. Se sap que entre el 50 i 80% dels individus que moren per aquesta causa havien realitzat una temptativa prèvia. D'altra banda, presenta dos antecedents familiars de suïcidi consumat, ambdós en primer grau, un altre dels factors de risc més descrits, que com a mínim duplica el risc. Es tracta d'una dona immigrant, amb antecedents de maltractament físic i d'un nivell socioeconòmic baix, també variables de risc demostrades. Així mateix, se sap que hi ha major risc a mesura que augmenta l'edat, i la pacient ja és a prop de la cinquantena.

És mare de dues filles, fet que actua com a factor protector, especialment si és dona. Ja sabem, però, que la pacient acaba de perdre una filla per suïcidi, presentant un dol complicat. El dol d'un supervivent, així s'anomenen les persones que han perdut algú proper per suïcidi, és especialment complex i perllongat, i té un alt percentatge de comorbiditats. El 25% dels supervivents presenten idees autolítiques durant el dol.

Amb l'arribada de la pandèmia, s'intensifiquen altres factors ambientals i n'apareixen de nous. L'acomiaten de la feina i la problemàtica econòmica esdevé greu. No pot pagar els fàrmacs durant uns dies i els deixa de forma abrupta, està desocupada, sense rutines, amb mals hàbits dietètics i de son. Aquests elements han fet empitjorar l'angoixa i l'insomni i han interferit en l'evolució de la pacient. La literatura descriu que l'atur supera com a factor de risc de suïcidi a una situació econòmica desfavorable.

Els problemes interpersonals, principalment amb la filla, han entorpit el curs de la pacient. Les alteracions conductuals de la primogènita, en context de les intoxicacions i també el seu dol individual, han desencadenat nombroses discussions entre elles, esdevenint un disparador per a la temptativa autolítica que va portar a terme durant el confinament.

L'aïllament que ja presentava s'ha incrementat durant el confinament i la pacient abandona les poques activitats que havia aconseguit iniciar. L'aïllament social és també un factor de risc pel suïcidi. És aquest sentiment, el de "sentir-se sol" més que "el fet d'estar sol", el que predisposa a una persona a la conducta autolítica.

A banda del confinament i la suspensió d'activitats, el fet de no realitzar un seguiment presencial ni grupal, ha pogut influir en el fet de sentir-se acompanyada, tant amb els terapeutes com amb els altres participants del grup. Això ha pogut convertir-se en un factor de risc afegit. Els humans necessitem un sentit de pertinença.

CONCLUSIONS

- La pandèmia per la COVID-19 i el confinament han agreujat el context de la nostra pacient i d'una bona part de la població, tant a l'àmbit econòmic com al social.
- L'estat de salut mental també es veu afectat en detriment de les circumstàncies ambientals.
- Tant els trastorns mentals com la problemàtica socioeconòmica són factors de risc de suïcidi.

- La pandèmia possiblement ha augmentat o augmentarà ambdues circumstàncies, pel que tot fa pensar, en un consegüent augment del risc de suïcidi, especialment en aquelles persones amb una vulnerabilitat prèvia.

REFERÈNCIES

[1] van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jun;1(1):63-72.

[2] Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F. [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. *Encephale*. 1994 Sep-Oct;20(5):495-503.

[3] Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C. Mortality among recent purchasers of handguns. *N Engl J Med*. 1999 Nov 18;341(21):1583-9.

[4] Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer MK. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Oct;35(5):498-506.

[5] Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med*. 2001 Jan;31(1):127-38.

La COVID-19 ressuscita els clàssics: un cas de pseudodemència depressiva

Es tracta d'una pacient de 73 anys, sense antecedents psiquiàtrics d'interès, que durant tres setmanes queda aïllada al domicili perquè contrau la COVID-19 i al mateix temps, el seu marit acaba ingressant a la UCI perquè desenvolupa una forma més greu d'aquesta malaltia. Aparentment, la pacient afronta aquesta situació amb molta enteresa. No obstant, quan ella es recupera i el seu marit torna a casa, comença a desenvolupar un quadre compatible amb una pseudodemència depressiva.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient de 73 anys remesa des del CAP per a valoració psiquiàtrica. La visita inicial i el seguiment posterior es realitza a través de videotrucada conjunta amb la pacient, el marit i una filla.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural d'Extremadura, viu a Catalunya des dels 26 anys. És la menor de cinc germans. Viu amb el marit i un fill. Té cinc fills (un d'ells va morir de càncer de mama). Estudis bàsics. Mestressa de casa, no ha treballat mai de forma remunerada. Autònoma per les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, conserva aficions i socialització.

Familiars: Familiar de primer grau diagnosticat de trastorn d'ansietat en tractament amb alprazolam. Temps enrere havia fet tractament amb citalopram amb aparent bona resposta. Nega altres.

Sómato-quirúrgics: HTA. Dislipèmia. COVID-19 positiu al març de 2020, que es negativitza en una segona prova realitzada el 23 d'abril.

Psiquiàtrics: En tractament des de fa anys amb zolpidem per insomni. Neguen episodis afectius previs.

Conductes addictives: Nega.

Tractament habitual: Sertralina 100mg 1-0-0, Alprazolam 0,125mg 1-1-1, Zolpidem 10mg 0-0-1, Amlodipino/Olmesartan, Simvastatina, Omeprazol, Ezetimiba.

PROCÉS ACTUAL

La família explica que des de fa un mes i de forma brusca, la pacient inicia un quadre d'ansietat, basques, dolor abdominal, malestar anímic, dèficits aparents en la memòria anterògrada (per exemple: no recorda què ha menjat, què li ha dit el marit...), respon “no sé” a la majoria de preguntes, presenta un discurs reiteratiu, està queixosa, diu que no té gana però menja correctament si insisteixen, s'ha aïllat de l'entorn i ha deixat de banda les seves rutines. Manté bon descans nocturn des de l'inici de l'hipnòtic i nega millora vespertina.

Es descriu un estressor significatiu del quadre en les setmanes prèvies a l'inici de la simptomatologia: La pacient estava aïllada per haver contret la COVID-19 i pocs dies més tard el seu marit va ser ingressat greu a la UCI pel mateix motiu. Aparentment, segons informació de la família, havia afrontat aquesta situació amb molta enteresa i fent-se càrrec de tot (rebut les trucades dels metges, informant a la família de la situació...).

A finals d'abril de 2019 va ser ingressada a càrrec de neurologia del seu hospital de referència per estudi d'un quadre, que es va orientar inicialment com una demència ràpidament progressiva. Durant l'ingrés es realitzaren analítica completa amb despistatge de causes tractables de demència, serologies i autoimmunitat, sediment d'orina, VEEG, RMN cranial, punció lumbar, ecografia abdominal i radiografies toràcica i abdominal. Ni l'exploració física ni les proves complementàries mostraren alteracions, pel qual es va orientar com a “síndrome amnèsica d'inici subagut de característiques psiquiàtriques”. Es va iniciar citalopram 20mg/dia i clonazepam i es va recomanar acudir a psiquiatra de zona de forma ambulatoria.

Tres setmanes més tard, en veure escassa millora, van acudir a un psiquiatra privat que els va recomanar canviar el tractament a sertralina 100mg/dia i alprazolam 0,125 mg/8h.

Tres dies més tard es realitzà la primera visita al CSMA referent.

Exploració psicopatològica: Aspecte adequat, fàscies contreta (signe de l'omega), orientada en les tres esferes, hipoprosèxica (desconnecta fàcilment de l'entrevista si no se li interpel·la directament), dèficits aparents en la memòria anterògrada (tot i que amb pistes o insistència de vegades contesta), respon correctament a les preguntes que fan referència a la memòria remota o aspectes biogràfics. Subjectivament refereix bradipsíquia ("tinc el cap en blanc", "em costa pensar"). Hipotímia subjectiva, objectivament afecte restringit, refereix ansietat. Discurs poc espontani, alentit, respon a la majoria de preguntes "no sé", molt reiterativa amb les queixes que emfatitzen la seva incapacitat per dur a terme les seves activitats habituals. Nega idees de culpa, ruïna o hipocondria, així com idees de perjudici i idees suïcides. Admet hiperestèsia sensorial (sent de forma molt molesta el piular dels ocells, li molesta el tacte de la roba), acoasmes (sent el piular dels ocells a la nit), alentiment psicomotor franc, parla amb un to de veu molt baix que la família no reconeix com a propi. *Insight* acceptable.

HDRS-17 de la primera visita: 22

EVOLUCIÓ

Deguda l'absència d'un trastorn orgànic que justifiqui la simptomatologia actual s'orienta el cas com un primer episodi depressiu major, amb un quadre compatible amb pseudodemència depressiva.

Donat que el quadre permet un maneig ambulatori (absència d'idees suïcides o de símptomes psicòtics francs) s'acorden visites telemàtiques de forma intensiva per a contenir la situació familiar.

A nivell farmacològic s'augmenta el tractament antidepressiu amb sertralina fins a 150mg/dia i s'optimitza el tractament amb alprazolam 0,25mg/8h per a millor control de l'ansietat.

En les visites de control posteriors s'objectiva una millora de l'ansietat, no es queixa de basques, els familiars la veuen menys reiterativa i aconseguix entretenir-se fent ganxet. No obstant segueixen destacant els dèficits de memòria anterògrada.

En el moment de la redacció d'aquest cas la pacient encara es troba en període de latència de resposta.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.23) Trastorn depressiu major, greu, episodi únic.

(799.59) Trastorn neurocognitiu no especificat.

DISCUSSIÓ

El cas exposat tracta d'un probable quadre de pseudodemència depressiva, una circumstància on a part de la simptomatologia depressiva predomina la simptomatologia cognitiva (en aquest cas amb dèficits de la memòria anterògrada), la magnificació del grau d'incapacitat per part de la pacient ("no puc") i les clàssiques respostes inespecífiques de "no sé". El terme pseudodemència no té un significat nosològic precís i s'utilitza per descriure aquells trastorns en què estan presents característiques pròpies d'un trastorn cognitiu major però que té el seu origen en un trastorn psiquiàtric.

En població geriàtrica aquest tipus de quadres poden ser erròniament diagnosticats, ja que les dades estimen que entre un 10-20% dels casos derivats per a estudi de demència resulten en altres diagnòstics, així com alguns trastorns depressius acaben sent incorrectament orientats com a demència. Això recalca la importància de fer un adequat diagnòstic diferencial. En aquesta pacient, a part de l'estudi orgànic realitzat per neurologia durant l'ingrés, que descarta de forma

raonable causes de demència ràpidament progressiva, s'ha de seguir fent el diagnòstic diferencial amb una malaltia neurodegenerativa d'inici més insidiós (malaltia d'Alzheimer en un estadi inicial, per exemple), on sovint els símptomes cognitius i depressius conviuen i és difícil treure'n l'entrellat. En aquest cas, proves com l'exploració neuropsicològica poden aportar informació valuosa. De fet, una avaluació neuropsicològica periòdica (cada any, per exemple) ens permetrà saber quin perfil tenen els dèficits i si hi ha una evolució o no d'aquests. Així doncs, el seguiment d'aquests casos serà de vital importància per arribar al diagnòstic correcte.

En el nostre cas concret, l'inici subagut del quadre, la normalitat de les proves complementàries i la relació que sembla guardar amb un estressor clar relacionat amb la COVID-19, apunta cap a un quadre de tipus afectiu. No obstant, l'exploració neuropsicològica ens podria donar més informació i en el moment de la redacció d'aquest cas encara està pendent de realitzar-se. A més, caldria destacar que la COVID-19 pot produir dèficits cognitius molt variats encara per estudiar i que acostumen a anar acompanyats de simptomatologia depressiva i ansiosa. Per tant, serà també una entitat a tenir en compte de cara al diagnòstic diferencial si l'evolució fos atípica, en el sentit que el quadre afectiu millorés però persistissin els dèficits cognitius, per exemple.

Finalment destacar, que la COVID-19 ha demostrat ser un estressor molt important que ha condicionat un patiment incalculable degut a l'atur, la mort i l'aïllament que implica; posant a prova la capacitat de resiliència de les persones que integren els grups més vulnerables, que en molts casos es veuran desbordades i acabaran desenvolupant respostes desadaptatives. Si la infecció del virus *per se* pot causar alteracions emocionals mitjançant mecanismes inflamatoris és encara un terreny desconegut, però el que sí sembla clar és que entre un 10-55% dels pacients que pateixen la COVID-19 presenten *a posteriori* simptomatologia ansiosa, depressiva, insomni, del espectre post-traumàtic o obsessiu-compulsiu. Fins a quin punt aquesta simptomatologia és clínicament rellevant i pot conformar un diagnòstic clínic (TDM o TEPT, per exemple), i per tant la COVID-19 pot acabar actuant com un desencadenant de trastorns mentals greus i invalidants, encara està per veure.

CONCLUSIONS

- Els quadres de pseudodemència depressiva, sobretot en la tercera edat, requereixen d'un complet diagnòstic diferencial per descartar causa orgànica o tractable.
- L'inici subagut, la pèrdua sobtada de funcionalitat i la consciència de trastorn poden orientar més cap a pseudodemència que cap a un inici d'un trastorn neurodegeneratiu. Davant d'una evolució atípica o perfils neuropsicològics particulars caldria anar actualitzant el diagnòstic diferencial.
- La crisi sanitària ha suposat per a moltes persones un estressor important, generant situacions complicades que poden haver superat els mecanismes adaptatius dels individus, actuant com un possible desencadenant de trastorn mentals.

REFERÈNCIES

- [1] Arie T. Pseudodementia. Br Med J (Clin Res Ed). 1983 Apr 23;286(6374):1301-2.
- [2] Almeria M, Cejudo JC, Sotoca J, Deus J, Krupinski J. Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment. Brain Behav Immun Health. 2020 Dec;9:100163.
- [3] Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Brain Behav Immun. 2020 10;89:594-600.
- [4] Shader RI. COVID-19 and Depression. Clin Ther. 2020 06;42(6):962-3.

Maltractament, depressió i COVID-19

Es descriu el cas d'una pacient dona de 45 anys, amb antecedents de trastorn adaptatiu en el context de dol per la mort d'un familiar, a qui es realitza seguiment presencial durant els mesos previs a l'inici de la pandèmia per la COVID-19, i posteriorment telemàtic pel context de la pandèmia. La pacient es va diagnosticar de TDM que va experimentar una milloria inicial, però que va tendir a l'empitjorament posteriorment per les complicacions que va suposar el confinament en el seu cas particular per ser víctima d'una situació de violència en el domicili. El cas intenta posar de manifest la dificultat afegida que ha suposat la situació de confinament per aquells pacients amb problemes de salut mental i que es troben en situacions socials de vulnerabilitat.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 45 anys qui acut a urgències de psiquiatria per presentar simptomatologia ansiosa que no millora amb la presa de clonazepam.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de València. Es trasllada a Barcelona recentment juntament amb el seu marit amb qui conviu en una habitació en un pis de lloguer que comparteixen amb més gent. Casada, en relació estable de parella amb el seu marit des dels 16 anys d'edat. Té dues filles de adultes amb les quals manté una bona relació; totes dues viuen fora de Barcelona. La pacient és la major de 4 germans amb els quals manté poca relació. Pare mort fa poc, la mare viu fora de Barcelona amb qui té bona relació. Estudis primaris. Durant tota la seva vida ha treballat en empreses de neteja, o bé en la neteja de domicilis particulars. Ella treballa en la neteja d'un centre residencial a Barcelona. Bon cercle social a València, però escàs cercle social a Barcelona.

Familiars: Familiar de tercer grau de branca paterna diagnosticat de síndrome depressiva pel qual mai ha fet ingressos hospitalaris ni temptatives autolítiques, però

amb seguiment psiquiàtric i tractament antidepressiu de molts anys d'evolució. Familiar de primer grau qui ha presentat simptomatologia adaptativa en el context de la mort d'un familiar proper i que, per aquest motiu, realitza tractament antidepressiu des de fa uns mesos pautat pel seu MAP, sense haver arribat a necessitar derivació a xarxa de salut mental fins al moment.

Sómato-quirúrgics: No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Escoliosi lumbar. Osteoporosi.

Psiquiàtrics: Inicia seguiment psiquiàtric per quadre ansiós-depressiu als 36 anys d'edat després de ser diagnosticat el seu pare d'una malaltia neurològica greu i de mal pronòstic. Explica que inicialment la van tractar amb un fàrmac antidepressiu, el nom del qual no recorda, però amb el qual no va experimentar cap millora. Posteriorment va fer tractament amb paroxetina 30mg/dia juntament amb lorazepam 1mg/dia, amb bona resposta. Durant els següents anys es va poder anar retirant progressivament tant la paroxetina com el lorazepam, amb manteniment de l'estabilitat clínica. Mai havia realitzat ingressos hospitalaris ni mai havia realitzat temptatives autolítiques.

Conductes addictives: Trastorn per consum de nicotina. Fumadora de 15 cigarrets/dia d'inici a l'adolescència. Època de màxim consum: 20 cigarretes/dia. Mai èpoques d'abstinència sostinguda des de l'inici del consum. Consum d'alcohol ocasional en patró de baix risc. Nega altres consums tant en l'actualitat com en el passat.

Tractament habitual: Clonazepam 0,5 mg/8h (inici 5 dies abans de la nostra primera valoració).

PROCÉS ACTUAL

Dona de 45 anys d'edat qui acut per visita de valoració derivada des d'urgències a Consultes Externes de psiquiatria per valoració de síndrome depressiva. La pacient explica abandonament del tractament antidepressiu que venia prenent durant els últims anys quan es trasllada a viure a Barcelona, donat que es trobava bé. Explica

que, a partir de setembre de 2019, inicia progressivament un quadre de simptomatologia ansiós-depressiva consistent en hipotímia, tendència al plor, pessimisme, apatia, disminució de la gana amb pèrdua ponderal associada d'uns 6-7 kg, ansietat psicofísica, insomni de segona fase i idees de mort, tot i que sense estructuració ni intenció de pas a l'acte. Durant aquest temps havia mantingut l'activitat laboral, tot i les dificultats derivades del seu estat psicopatològic i els problemes de concentració derivats. No obstant, en la setmana prèvia a la nostra valoració, la pacient ja sol·licita la baixa laboral per no veure's capaç de treballar.

Explica diversos factors estressants ambientals que han pogut contribuir al quadre actual, principalment el trasllat a Barcelona, la mala relació que ha tingut durant aquests anys amb els seus germans arran de la mort del seu pare, així com la problemàtica de parella que té amb el seu marit. La pacient explica haver estat rebent maltractament psicològic per part de la seva parella durant els últims anys, que sembla haver-se accentuat clarament durant els últims mesos i sent més difícil de portar la situació per la pacient, ja que actualment comparteixen una habitació en un pis compartit i la pacient no té cap altra persona de confiança propera. Explica que la resta de familiars no són conscients de la situació, ja que mai els ha volgut explicar. Assegura que mai ha estat víctima de maltractament físic, però refereix que els insults i les vexacions són diàries.

Per aquest motiu, la pacient decideix acudir al seu MAP, qui, donada la importància clínica ansiosa presentada, decideix iniciar clonazepam 0,5 mg/8h que ha estat prenent durant els 5 dies previs a la nostra valoració.

Exploració psicopatològica: Vigil, orientada en les tres esferes. Correcta, col·laboradora. Contacte sintònic. Eumnésica i euprosèxica. Ansietat psicofísica moderada. Hipotímia subjectiva, conserva la reactivitat de l'humor. Tendència al plor durant l'entrevista, idees de desesperança tot i que no de caire delirant. No s'objectiven idees de culpa, ruïna o hipocondria. Hiporèxia. Insomni de segona fase. Discurs espontani, fluid, coherent, sense alteracions del curs del pensament. No s'objectiva clínica psicòtica. Idees de mort amb vivència egodistònica, sense

estructuració ni intenció de pas a l'acte. Adequada projecció vital. No s'observen alteracions de la psicomotricitat. Judici de realitat conservat.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

HDRS-17: 27 punts (visita de valoració).

Analítica sanguínia: Hemograma, bioquímica amb funció renal i hepàtica dins de la normalitat. Sense alteracions a destacar.

EVOLUCIÓ

Inicialment es decideix començar tractament antidepressiu amb escitalopram, augmentant la dosi progressivament fins a 15mg/dia, que la pacient tolera adequadament, mantenint alhora el tractament amb clonazepam 0,5 mg/8h. Es facilita també la informació del servei municipal d'atenció a la dona en situació de vulnerabilitat, tot i que inicialment ella explica que prefereix no acudir.

Després de dues setmanes de tractament, la pacient explica pocs canvis a nivell anímic, persistint hipotímia juntament amb important hipoèrgia, apatia i abúlia. Explica, no obstant, important millora pel que fa l'ansietat físico-psíquica que havia vingut presentant. Manté queixes d'hiporèxia, així com mal descans nocturn amb insomni de primera i segona fase. Manté idees passives de mort, tot i que impressiona de menor angoixa respecte la primera visita. S'aplica de nou l'escala HDRS-17, que puntua 19 punts, sent la prèvia de 27 punts. Es decideix en aquest moment potenciar el tractament antidepressiu amb mirtazapina 15 mg/nit, donada també la persistència de dificultats per dormir i alimentar-se adequadament per gana disminuïda.

Després de haver completat 4 setmanes de tractament amb escitalopram a dosis plenes i 2 setmanes de combinació amb mirtazapina, la pacient refereix millora clínica, amb important millora de la son així com de la gana, havent començat a recuperar el seu pes habitual. Refereix persistència de baix ànim subjectiu, però l'ansietat també sembla haver-se reduït de manera clara. Es decideix disminuir la dosi

de clonacepam fins a 0,5 mg/12h, mantenint la resta de la pauta sense canvis. Durant les següents visites, i donada la tendència a la millora progressiva, s'acaba retirant per complet el tractament amb benzodiazepines. No obstant, després de la retirada completa, s'objectiva un empitjorament a nivell de clínica ansiosa motiu pel qual es decideix iniciar pregabalina 25 mg/8h que la pacient tolera adequadament i que condiona una certa millora dels símptomes ansiosos.

Després d'haver completat 8 setmanes en tractament de combinació amb escitalopram i mirtazapina, la pacient presenta una remissió pràcticament completa del quadre depressiu presentat, persistint una certa apatia i dificultats de concentració com únics símptomes residuals (escala HDRS-17: 6 punts), havent normalitzat per complet l'alimentació i la son i havent-se arribat a reincorporar a la feina, tot i que segons explica encara amb algunes dificultats respecte el rendiment que era habitual en ella.

Un cop la pacient ha millorat del quadre depressiu presentat, explica que és plenament conscient de la influència que ha tingut el maltractament que ha patit durant els últims anys en la malaltia que ha tingut i ens explica que ha pres la ferma decisió de demanar el divorci al seu marit. Pocs dies després, la pacient li comunica al seu marit, qui inicialment presenta una resposta violenta, negant-se al divorci i amb crits, insults i vexacions de manera repetida. La pacient li comunica que en un parell de dies marxarà a València amb els seus familiars, però en aquest context s'acaba declarant l'estat d'alarma a nivell nacional per la crisi de la COVID-19 i es tallen les comunicacions, sent impossible per la pacient tornar amb els seus familiars i veient-se obligada a conviure durant més d'un mes amb el seu marit en un ambient de constant assetjament.

La pacient explica que es posa en contacte amb les forces de l'ordre públic per tal d'intentar obtenir un permís especial per poder viatjar de Barcelona a València, però, segons ens explica, se li denega per no tenir cap denúncia realitzada ni cap evidència del maltractament explicat. Ens posem en contacte amb el servei públic d'atenció a la dona per informar de la situació i de cara a intentar que se l'ajudi a poder tramitar el permís per viatjar el més aviat possible.

Finalment, després de 45 dies de confinament, la pacient aconsegueix viatjar fins a València i reunir-se amb els seus familiars. No obstant, durant aquests 45 dies hem realitzat seguiment telefònic setmanal, havent objectivat un clar empitjorament, amb reaparició dels nivells d'ansietat presentats en la nostra primera visita de valoració, amb baix ànim, dificultats per conciliar la son no sent capaç de dormir més de 3-4h al dia i pèrdua de gana amb pèrdua de 2-3 kg de pes durant aquest temps. En aquest període han reaparegut novament idees de desesperança, així com idees passives de mort, havent arribat a pensar la pacient en la possibilitat de pas a l'acte. Finalment, la pacient pot tornar a València, on es vincula amb un psiquiatra de confiança amb qui contactem per explicar el cas, deixant de fer seguiment a les nostres Consultes Externes.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.32) Trastorn de depressió major. Episodi recurrent. Moderat.

(995.82) Maltractament psicològic per part del cònjuge o parella, sospitat.

DISCUSSIÓ

És evident que la situació d'alarma causada per la crisi del coronavirus ha tingut una influència negativa en la salut mental de molts ciutadans i especialment en pacients amb patologia psiquiàtrica de base. No obstant, la situació de confinament ha estat particularment complicada per aquells pacients que es troben en una situació de fragilitat com en el cas exposat, en el qual la pacient havia assolit una remissió pràcticament completa del quadre depressiu i acaba presentant una recaiguda en un context de maltractament psicològic permanent en el domicili.

Cada any hi ha a Catalunya més de 14.000 denúncies pel fet de patir algun tipus de maltractament per part de la parella i aquest és, evidentment, un factor estressant que pot influir en l'aparició de simptomatologia de tipus depressiva, o bé condicionar una recaiguda en pacients amb antecedents de quadres depressius. La relació de causalitat entre la violència domèstica i els trastorns afectius ha estat àmpliament

estudiada. La depressió, el trastorn d'estrès posttraumàtic i l'ansietat són entre 2 i 4 vegades més prevalents en víctimes de violència de parella que en la població general.

Moltes d'aquestes situacions poden haver-se vist agreujades durant l'època de pandèmia, donada la situació de confinament forçat, havent-se reportat a nivell estatal un augment del 60% en les trucades al 061 per demanar ajuda en relació a problemes de violència al domicili.

Un altra dificultat afegida és el fet que els seguiments per part dels equips de salut mental han estat majoritàriament telemàtics durant aquest període, implicant més dificultats per demanar ajuda per part de la pacient, ja que en molts casos podia resultar complicat que la conversa es donés en una situació d'intimitat i confiança per demanar ajuda. En aquest context, pot haver-hi una infradetecció d'aquest tipus de problemes per part dels treballadors en salut mental.

En aquest sentit, s'haurien d'afavorir l'entrenament del personal de salut mental amb l'objectiu de facilitar el reconeixement d'indicadors de violència de parella, així com la creació d'un entorn confortable on la pacient es pugui sentir segura de cara a la identificació d'aquests problemes de forma precoç.

CONCLUSIONS

- La situació excepcional viscuda durant el temps de l'estat d'alarma per la COVID-19 ha pogut desencadenar situacions estressants, que poden haver condicionat l'aparició de quadres depressius o bé l'agreujament de simptomatologia depressiva preexistent.
- És especialment important que els treballadors en salut mental tinguem en compte la importància de la detecció d'aquest tipus de situacions, sobretot en contextos d'alt risc com aquesta.
- Un cop detectades aquestes situacions, serà primordial una actuació ràpida i coordinada amb els equips de treball social i amb les forces de l'ordre públic per intentar trobar una solució en el menor temps possible que permeti protegir la pacient en la situació de vulnerabilitat en la qual es troba.

REFERÈNCIES

- [1] Shader RI. COVID-19 and Depression. *Clinical Therapeutics* 2020 Jun;42(6):962-963.
- [2] Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide-Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005-2017 *J Abnorm Psychol* 2019 Apr;128(3):185-199.
- [3] Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate Partner Violence and New-Onset Depression: A Longitudinal Study of Women's Childhood and Adult Histories of Abuse. *Depress Anxiety* 2015 May;32(5):316-24.
- [4] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic Among the General Population in China. *International Journal of Environmental research and public Health* 2020 Mar 6;17(5):1729.

Adaptant-se (o no tant) a la COVID-19: trastorn adaptatiu

El següent cas mostra una de les reaccions més típiques davant l'adversitat, però, al mateix temps, també reflecteix com les situacions excepcionals que s'han donat durant aquesta pandèmia probablement han empitjorat el curs de la malaltia en la pacient.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 53 anys que consulta al servei d'urgències de psiquiatria per ansietat.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Té quatre germans/es. Està casada i viu amb el seu marit i els seus dos fills, de 13 i 16 anys. Treballa com a monitora de nens amb discapacitat; actualment inactiva (des de l'estat d'alarma per la pandèmia per SARS-CoV-2). Aparent bona adaptació sociolaboral.

Familiars: Tres familiars de segon grau amb antecedents de trastorns d'ansietat.

Sómato-quirúrgics: Al·lèrgia a la penicil·lina. Gastritis. Síndrome del budell irritable. Antecedents d'asma infantil. Apnees a estudi. Intervencions quirúrgiques: adenoïdectomia.

Psiquiàtrics: Va fer seguiment psiquiàtric privat i tractament amb escitalopram del 2012 al 2017, per un quadre d'ansietat. Refereix tendència a la hipocondriasi, però mai ha fet tractament específic.

Conductes addictives: Nega.

Tractament habitual: Citalopram 20mg 1-0-0, Diazepam 5mg + Loracepam 1mg s/p (fins fa 3 dies, Diazepam 5mg 5 comprimets/dia), Esomeprazol 20mg 1-0-0, Salbutamol inhalat a demanda.

PROCÉS ACTUAL

Explica que, en context del confinament i la por a poder-se infectar pel coronavirus, fa unes setmanes comença a estar molt angoixada i rumiativa envers aquesta situació. Descríu molta por a poder-se infectar i morir. Per aquest motiu, no s'atreveix a sortir de casa, tot i que l'ambient al domicili és tens, doncs la relació amb el seu marit està deteriorada. Refereix que ella és una persona amb tendència a preocupar-se en excés per les coses, però que focalitzar-se en les activitats laborals i mantenir-se socialment activa han estat conductes d'afrontament efectives. Malauradament, les restriccions imposades per intentar controlar la pandèmia l'han privada d'aquestes estratègies. En aquest context, el quadre ha anat empitjorant, trobant-se cada vegada més angoixada, amb pèrdua de gana i pes (refereix al voltant de 12kg en un mes), i dificultats per conciliar la son.

Fa un mes comença seguiment amb un psiquiatra privat, qui li pauta citalopram 20mg/dia (la primera setmana 10mg/dia) i diazepam 5mg fins a 5comp/d. Encara no ha notat millora i, d'altra banda, refereix sentir-se marejada i cansada, amb nàusees, motiu pel qual no pot fer les tasques de casa, ni llegir o mirar la televisió... Aquesta setmana ha consultat d'urgència al CAP i se li ha recomanat reduir la dosi de diazepam substancialment i iniciar loracepam. Consulta a urgències per confirmar la indicació, doncs li sobta que li hagin baixat la dosi de diazepam tan ràpid.

Exploració psicopatològica: Aspecte adequat i conservat. Conducta correcta. Sintònica i col·laboradora. Vigil. Orientada en les 3 esferes. Sense alteracions a l'atenció espontània, sí refereix dificultats de concentració. No clara hipotímia, conserva la reactivitat de l'humor. Certa apatoabúlia. Astènia i hipoèrgia. Discurs espontani, fluid, coherent, ben estructurat; a nivell de contingut, idees hipocondríiques amb tendència a la rumiació, nega idees de culpa, ruïna, o desesperança, així com idees autolesives. Absència de símptomes de l'esfera psicòtica. Refereix cert alentiment psicomotriu. Bon *insight*. Judici de realitat preservat.

EVOLUCIÓ

Amb les limitacions que un servei d'urgències suposa, s'orienta el quadre com un trastorn d'ansietat, d'origen molt probablement reactiu a la situació actual de pandèmia pel SARS-CoV-2. Es tractaria, doncs, d'un Trastorn adaptatiu de tipus ansiós. Com encara es trobava en temps de resposta al citalopram, es va decidir mantenir aquesta dosi de l'antidepressiu i prescriure una pauta fixa de diazepam de 5mg/8h, donat que no tolerava bé la dosi prescrita pel seu psiquiatra, recomanant-li ser molt estricta amb el compliment de la pauta per evitar abusos (que ja n'estava començant a fer).

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(309.24) Trastorn adaptatiu. Amb angoixa.

DISCUSSIÓ

Els punts interessants respecte a aquest cas no són pas el diagnòstic o el tractament, sinó els probables factors ambientals desencadenants i mantenidors del quadre. La pacient es descrivia com una persona poruga i pessimista, fet que havia condicionat que, al llarg de la vida, hagués patit quadres d'angoixa davant situacions de risc o adverses. Davant l'angoixa, la pacient havia posat en marxa estratègies evitatives com la distracció, la focalització en activitats laborals i la cerca activa de suport social. La situació actual d'expansió d'un nou patògen, presumiblement molt contagiós, de tractament desconegut i conseqüències, de vegades, fatals, i totes les mesures socials restrictives establertes sobtadament per intentar controlar l'expansió de la malaltia, han suposat el terreny ideal per desenvolupar aquest trastorn d'adaptació. D'altra banda, la impossibilitat de fer ús d'estratègies personals que anteriorment l'havien ajudat a regular l'ansietat, ha contribuït a que es veiés abocada a haver de demanar ajuda farmacològica.

Aquest cas suposa una de les situacions paradigmàtiques davant dels moments que estem vivint. De fet, en persones afectades per una quarantena, s'ha vist que la

por i la sensació de risc poden provocar estrès, el qual es pot veure amplificat com a conseqüència de la informació poc clara que hi sol haver a l'inici de qualsevol brot de malaltia (com hem pogut veure i viure en el cas de la COVID-19), i acabar desencadenant un quadre adaptatiu.

En el cas concret de la pandèmia per SARS-CoV-2, ja tenim algunes dades que apunten també en aquesta direcció. Per exemple, a la Xina s'ha avaluat la població general d'arreu del país a l'inici de l'epidèmia (N=1210) i quatre setmanes més tard (N=861, 333 dels quals havien estat avaluats també a l'inici), i s'ha vist que, inicialment, gairebé un 30% de la mostra patia símptomes d'ansietat i un 16,5% símptomes depressius, i que aquests percentatges es mantenien a les 4 setmanes. Un altre estudi dut a terme a Turquia també ha vist nivells elevats d'ansietat i depressió. En ambdós estudis, el sexe femení s'associava amb més risc de patir aquests símptomes; en el de Turquia, a més, un altre factor associat era tenir antecedents de psicopatologia prèvia. I, més a prop nostre, al País Basc, es repeteix un patró similar, amb un augment de la simptomatologia ansioso-depressiva a la població general quan es va decretar l'estat d'alarma i va començar el confinament.

Aquestes dades ens mostren que la nostra pacient, sent dona, amb psicopatologia prèvia (de tipus ansiós, a més) i veient-se immersa en aquesta situació, tenia moltes possibilitats d'acabar desenvolupant un quadre adaptatiu. I, com ella, moltes altres persones. Per intentar reduir la vulnerabilitat de la població a l'aparició de psicopatologia davant situacions vitals adverses, seria certament recomanable que, dintre de les accions de promoció de la salut, s'ensenyessin estratègies senzilles de reducció de l'estrès i habilitats d'afrontament efectives.

CONCLUSIONS

- La pandèmia de COVID-19 s'ha associat amb l'aparició de simptomatologia ansiosa i depressiva en la població general.
- Aquesta simptomatologia pot acabar provocant que es desenvolupi un trastorn adaptatiu o altres tipus de trastorn afectiu.

- La promoció de la salut hauria d'incloure l'educació en estratègies senzilles de reducció de l'estrès i habilitats d'afrontament efectives.

REFERÈNCIES

[1] Damir Huremović. Mental health of quarantine and isolation. En: Damir Huremović. Psychiatry of Pandemics. A mental health response to infection outbreak. 1º edición. Manhasset, NY, USA: Springer Nature Switzerland AG; 2019. p. 95 - 118.

[2] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain Behav Immun. 2020;S0889-1591(20)30511-0.

[3] Özdin S, Özdin SB. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19pPandemic in Turkish society: The importance of gender. Int J Soc Psychiatry. 2020;20764020927051.

[4] Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Cad Saude Publica. 2020;36(4):e00054020.

Incertesa, ansietat i insomni

Les epidèmies de malalties infeccioses no només afecten la salut física dels pacients, sinó que també afecten la salut i el benestar psicològic de la població general. L'ansietat i l'insomni són dos dels símptomes més prevalents i es veuen precipitats per múltiples factors, condicionant pitjor pronòstic en les persones afectades per la malaltia. El seu tractament pot condicionar un canvi en l'evolució de la infecció i no hauria d'obviar-se.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient dona de 52 anys que acudeix a urgències per febre, tos seca i artromiàlgies d'una setmana d'evolució.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Casada, mare de dos fills adolescents. Professora d'educació infantil.

Familiars: Familiar de primer grau amb TDM en tractament. Sense altres antecedents d'interès.

Sómato-quirúrgics: No al·lèrgies medicamentoses conegudes. No HTA, diabetis mellitus ni dislipèmia conegudes. Litiasi pièlica renal dreta en dos ocasions l'any 2011. Nefrectomia dreta l'any 2017 per anul·lació funcional (estenosi pielouretral). Cirurgia bariàtrica l'any 2006.

Psiquiàtrics: Episodi d'ansietat arrel de contingències de l'entorn l'any 2009, que va ser tractat mitjançant psicoteràpia a nivell privat, sense arribar a requerir tractament farmacològic. Remissió simptomàtica fins l'actualitat.

Conductes addictives: No hàbits tòxics.

Tractament habitual: Sense medicació habitual.

PROCÉS ACTUAL

La pacient acudeix a urgències per clínica consistent en odinofàgia, astènia marcada, artromiàlgies, cefalea, tos seca i pics febrils de fins a 39°C. Es practica radiografia de tòrax on es descriuen opacitats pulmonars pseudonodulars bilaterals i perifèriques de predomini en camp mig i inferior dret. A l'analítica destaquen limfopènia (1000/mm³) i plaquetopènia (100.000/mm³) amb elevació de reactants de fase aguda (fibrinògen 682mg/dia, LDH 500 UI/L, PCR 190 mg/L, procalcitonina 0'9 ng/mL, D-dímer 1090 ng/mL, IL-6 26 pg/mL). A la gasometria arterial s'observa una PaO₂ de 71 mmHg amb PAFI de 338. PCR amb resultat positiu per a COVID-19. Electrocardiograma en ritme sinusal, QTc 300ms, sense alteracions rellevants. En aquest context, es decideix ingrés inicial a la unitat de curta estada de l'hospital i inici de tractament amb hidroxiclороquina, azitromicina i enoxaparina segons protocol hospitalari en el moment de l'ingrés. En els següents 4 dies s'observa un empitjorament clínic amb episodis de dessaturació que remunten amb ulleres nasals a 2 litres, persistència de la febre, deposicions diarreiques amb 2 vòmits puntuals i cefalea opressiva. A la radiografia de tòrax s'observa un empitjorament de la pneumònia i a la gasometria arterial en aire ambient una PaO₂ basal de 63 mmHg amb PAFI 300. Per aquest motiu, s'inicia dosis de 250mg de metilprednisolona i es decideix ingrés a la planta d'hospitalització.

A la planta d'infeccioses la pacient mostra una evolució favorable de la clínica amb el tractament pautat, amb remissió de la febre, millora dels símptomes respiratoris sense dispnea associada i millora en les proves d'imatge. Per contra, la pacient inicia una clínica psicopatològica consistent en ansietat i insomni, pel què sol·liciten interconsulta a psiquiatria pel maneig d'aquesta simptomatologia.

Quan valorem a la pacient explica que des que va ingressar a la planta presenta insomni global que condiona ansietat de predomini matutí. Explica mala tolerància a la incertesa pronòstica de la malaltia i preocupacions en relació a la seva evolució i a la del seu marit, que es troba ingressat a la UCI en el moment actual. Explica que els seus fills estan sols a casa i no sap com estaran gestionant aquesta situació sense un suport extern. Refereix que quan parla amb els fills i rep informació sobre el marit es

queda més tranquil·la, però quan arriba la foscor presenta molta angoixa perquè “sap que haurà de dormir i no podrà”. Explica també que li preocupa com enfocarà la seva vida després d’aquest esdeveniment, amb la incertesa familiar, social i laboral que això comporta. Aquest fet provoca elevat component rumiatiu especialment als vespres, amb increment subjectiu de la sensació dispneica no correlacionat amb paràmetres de mesura objectius, així com dificultats per les ingestes que són pràcticament nul·les.

Exploració psicopatològica: Vigil, conscient, orientada auto- i al·lopsíquicament. Contacte sintònic. Aspecte adequat. Col·laboradora i abordable durant l'entrevista. Euprosèxica. Sense alteracions aparents de la psicomotricitat. Llenguatge coherent i fluid, amb adequada estructura discursiva. Ansietat que es manté durant el dia i que s'intensifica a primera hora i a última hora del dia. Explica en aquest context intensificació del component rumiatiu, sensació d'opressió precordial i percepció subjectiva d'increment de la dispnea. Ànim baix, adequada reactivitat, manteniment de capacitats hedòniques. Sense clínica afectiva major. No clínica de l'esfera psicòtica ni alteracions de la sensopercepció. Insomni global. Hiporèxia. Judici crític de realitat conservat. *Insight* adequat.

EVOLUCIÓ

Inicialment la pacient rebutja el tractament farmacològic que se li ofereix, però en la visita de seguiment al cap de 2 dies s'observa una intensificació de l'ansietat, l'astènia diürna i l'abatiment associats a un insomni persistent. Per aquest motiu, s'inicia tractament farmacològic amb mirtzapina 30 mg/nit, objectivant-se en aquest context una remissió de l'insomni, augment de la gana amb increment de les ingestes i una disminució franca del component ansiós. La millora psicopatològica condiona una millora de la funcionalitat global de la pacient, observant-se millor tolerància al suport ventilatori, disminució de la sensació dispneica i augment de l'energia durant el dia. La pacient inicia la deambulació sense dificultats i els paràmetres analítics i

radiològics milloren de forma progressiva, pel què és donada d'alta a Hospitalització a Domicili amb oxigenoteràpia i manteniment del tractament psicofarmacològic.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(309.24) *Trastorn adaptatiu amb ansietat.*

(307.42) *Insomni amb afecció mèdica concurrent.*

DISCUSSIÓ

L'emergència sanitària de la infecció per COVID-19 té inevitables conseqüències psicològiques i psicopatològiques. Les respostes emocionals de les persones solen incloure por i incertesa, i aquestes experiències poden evolucionar a reaccions d'estrès com insomni, ira o por a la malaltia; i fins i tot trastorns mentals com el trastorn d'estrès posttraumàtic, trastorns d'ansietat, trastorns depressius o trastorns de somatització. Estudis recents han demostrat que 1 de cada 3 persones de la població general presenta símptomes d'ansietat independentment del seu gènere i que 1 de cada 5 persones presenta problemes de la son; probablement relacionats amb la incertesa en relació a la progressió de la pandèmia i a la por d'emmalaltir. Aquelles persones que dediquen més hores al dia a centrar-se en el brot de COVID-19 presenten una major probabilitat de patir símptomes d'ansietat i insomni. Aquest és el cas dels pacients que es troben hospitalitzats com el que hem presentat, doncs els casos confirmats i sospitosos poden experimentar por a les conseqüències greus de la malaltia, a més d'estar en contacte constant amb l'entorn mèdic estressant i les evolucions d'altres pacients amb qui conviuen.

Les alteracions de la son són un factor de risc en si mateixes, no només perquè endarrereixen la millora de la clínica respiratòria, sinó perquè augmenten el risc de suïcidi en condicions d'estrès important. La detecció i el tractament de l'insomni són especialment importants tant en pacients que pateixen trastorn mental previ com en aquells individus prèviament sans.

Per tant, en moltes ocasions trobarem la necessitat d'utilitzar tractaments psicofarmacològics, especialment amb antidepressius i ansiolítics, amb el problema dels primers en termes d'interaccions farmacològiques amb fàrmacs antivirals i immunomoduladors, i del segons pel que fa al risc d'empitjorar la funció respiratòria.

En el cas que hem exposat hem fet servir la mirtazapina per diverses raons:

- Té un perfil força segur a nivell de les interaccions amb els múltiples fàrmacs que poden prendre els pacients (tractaments de referència o específics d'infecció com antivírics o hidroxicloroquina).
- Té efectes beneficiosos addicionals sobre l'ansietat, la gana i la son i, per tant, pot facilitar l'adaptació a l'estrès de la malaltia.
- Pot exercir un efecte ràpid a curt termini a causa del seu efecte antihistaminèrgic.
- Pot contribuir a frenar la resposta inflamatòria provocada per la pròpia infecció a través de la inhibició de l'inflamasoma NLRP3.

Sempre s'han de tenir en compte i monitoritzar els possibles efectes adversos dels fàrmacs emprats i les seves interaccions farmacològiques.

CONCLUSIONS

- La pandèmia COVID-19 s'associa a distanciament social i a incertesa, fets que poden precipitar nous símptomes psiquiàtrics, com l'ansietat i l'insomni, en persones sense malaltia mental o agreujar les condicions existents.
- Els treballadors sanitaris que tracten pacients durant la pandèmia COVID-19 han de tenir coneixement dels símptomes de depressió, ansietat i/o insomni en el seu pacient i els han de tractar per a millorar el pronòstic de la malaltia.
- Sembla raonable proposar la utilitat de la mirtazapina com a tractament dels símptomes d'insomni i ansietat, així com per la seva potencial contribució a esmoreir la resposta inflamatòria provocada pel virus.

REFERÈNCIES

- [1] Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020 06;288:112954.
- [2] Sher L. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Med.* 2020 06;70:124.
- [3] Antidepressant treatment in adults [Internet]. NICE. 2020 [citat 10 gener 2021]. Disponible a: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>.
- [4] Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, Churchill R, et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7; (12):CD006528.

Les múltiples cares de l'ansietat en els sanitaris: COVID-19 i hipocondria

El col·lectiu dels professionals sanitaris ha estat en el punt de mira com un dels més afectats per la pandèmia, tant pel que fa al nombre de contagiats com pel que fa a l'impacte en termes de salut mental. A continuació, presentem un cas que mostra tot un espectre simptomàtic relacionat amb l'ansietat i que il·lustra un motiu de consulta a psiquiatria molt habitual per part de professionals sanitaris en temps de pandèmia.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 53 anys, metgessa a l'hospital, que consulta a instàncies del seu cap de servei, per ansietat i preocupacions hipocondriformes.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Galícia. Metgessa de professió, activa laboralment després d'uns mesos de baixa per malaltia neoplàsica. Casada, amb dos fills, una de les filles viu a Lombardia (Itàlia). Bon funcionament en les diferents esferes.

Sómato-quirúrgics: Diagnosticada d'una neoplàsia de vulva al maig de 2019, que va requerir intervenció quirúrgica, quimioteràpia i radioteràpia. Remissió de la malaltia, amb alta laboral al febrer de 2020. Sense altres antecedents rellevants.

Psiquiàtrics: Nega antecedents ni consultes prèvies amb psicologia/psiquiatria. En context de la neoplàsia ginecològica, va fer una sèrie de visites amb una psicooncòloga. Descriu un perfil de personalitat amb predomini de trets del clúster C: metòdica, rígida, responsable, controladora, tendent a la ruminació i a la preocupació.

Conductes addictives: Sense hàbits tòxics.

PROCÉS ACTUAL

La M. és una metgessa que treballa al nostre hospital des de fa anys i que, seguint el suggeriment del seu cap de servei, ens consulta per un quadre d'ansietat que emergeix amb l'inici de l'estat d'alarma declarat per la pandèmia del SARS-CoV-2.

Després de superar una neoplàsia de vulva per la que va requerir quimio i radioteràpia l'any anterior, la pacient es considera personal de risc per trobar-se encara en un estat de relativa immunosupressió (malgrat els nivells de la sèrie blanca en l'hemograma s'havien anat recuperant, encara no es trobaven dins del rang de la normalitat). En aquest sentit, la pacient afirmava que estava molt pendent de qualsevol mínim signe, símptoma o canvi per por a una recidiva de la malaltia. Així, al desembre de 2019 va presentar un quadre de diarrea i vòmits durant 2 dies, que ella mateixa valorava com una possible enteritis ràdica, però que va donar peu a una dinàmica d'auto-observació de caràcter compulsiu. La pacient associava certa pèrdua de pes en els darrers mesos a la possibilitat d'una recidiva (malgrat que havia estat fent una dieta hipocalòrica), i tenia la percepció subjectiva d'un augment del peristaltisme i de canvis en les característiques de les femtes, el que va motivar avançar un TAC abdominal, la realització d'una nova analítica i d'un estudi de les femtes que no van aportar troballes significatives.

Amb aquest antecedent, la pacient es reincorpora a treballar al febrer de 2020, poc abans de l'esclat de la pandèmia i el subseqüent decret de l'estat d'alarma.

Segons refereix, coincidint amb l'inici de la pandèmia, inicia quadre de tos seca que dura tres setmanes, motiu pel qual ha de quedar-se en aïllament. Aquest aïllament el viu amb elevat estrès, preocupada per tothom (per companys de feina; per la seva filla, que viu a Lombardia, la regió italiana més impactada per la pandèmia; per la mare, que viu a Galícia), amb un fort sentiment d'inutilitat, covardia i culpa per no estar anant a treballar. En una analítica de control, se li detecta un augment de transaminases i els marcadors tumorals estan en el límit, motiu que activa de nou la ruminació i el temor a patir una recaiguda del seu càncer. A més, en la setmana prèvia al confinament havia mort una bona amiga per un càncer.

En aquest context, la pacient explica elevada ansietat psicofísica amb inquietud psicomotriu, tensió motora, incapacitat per a relaxar-se, sensació subjectiva de disfàgia que comença a provocar una fòbia a la deglució, associada a ruminacions constants en relació a poder contagiar-se o contagiar el virus, o a poder patir una recidiva del càncer, trobant-se làbil, amb proclivitat al plor, amb idees de desesperança i gran vivència de descontrol, fent una anticipació catastrofista i condicionant una actitud d'expectació aprensiva per la següent analítica, així com intensificant les conductes de neteja fins al rang de la compulsió.

En aquest context, la pacient presenta un gran desbordament ansiós i temor a trepitjar l'hospital, motiu pel que se li assignen tasques de teletreball, si bé no se li dóna una baixa per ansietat. La pacient, pel seu compte, aplica l'entrenament en mindfulness que havia treballat amb la psicooncòloga, però no aconsegueix millora.

Aquesta simptomatologia s'agreuja a partir d'un dia en el que la pacient surt de casa per anar a comprar, i presència un accident de motocicleta d'una persona que, segons va poder saber després, fugia de la policia. El motorista accidentat va caure a pocs metres seu i, donada la seva condició de metgessa, va sentir-se moguda a intervenir per socórrer a la víctima, si bé va experimentar uns moments de bloqueig i vacil·lació que, en assabentar-se posteriorment de la mort del pacient, li van generar ruminacions de culpa que van incrementar més l'ansietat. A més, en les setmanes posteriors la pacient experimenta records i evocacions recurrents i intrusives d'imatges de l'accident, associades a intens malestar, ansietat, por, vivència de descontrol i expectatives catastrofistes molt desproporcionades.

Finalment, en aquest estat, trobant-se a casa veient la televisió, la pacient de forma sobtada experimenta una crisi d'ansietat amb sensació de mort imminent, que va motivar la consulta a psiquiatria i l'inici de tractament ansiolític amb alprazolam 0,25mg/12h.

Exploració psicopatològica: Aspecte cuidat, actitud col·laboradora, contacte sintònic. Vigil, orientada, queixes subjectives d'atenció i oblitats freqüents en les

darreres setmanes. Hipotímia subjectiva, humor reactiu. Ansietat psicofísica moderada. Discurs fluid, coherent, sense alteracions formals, centrat en ruminacions entorn a sentiments d'incapacitat, culpa, autodepreciació, cognició de descontrol, anticipació catastrofista, temors hipocondríformes, no idees de mort. Insomni de 2^a i 3^a fase. Disminució de la gana. Hipohedònia. Inquietud psicomotriu, tensió motora, fatiga. *Insight* adequat.

EVOLUCIÓ

Certament, per quan la pacient va acudir a la nostra consulta, ja havia experimentat una important millora amb els ansiolítics i havia disminuït molt la ruminació, l'anticipació ansiosa, la hipocondria, la reexperimentació de flashbacks de l'accident i, en general, la desesperança i la tendència a les idees de catàstrofe.

La pacient contemplava amb optimisme el descens de les xifres de morts i contagiats i l'inici de la desescalada en les mesures de confinament, i planificava una propera reincorporació a la feina. No obstant, persistia encara un cert component de hiperactivació autonòmica i hiperreactivitat davant estímuls, motiu pel que ens vam plantejar optimitzar el tractament. En aquest sentit, la pacient explicava les seves reticències a prendre antidepressius o fàrmacs amb un potencial addictiu.

Donat que la pacient experimentava l'ansietat de forma més intensa a l'hora de llevar-se, abans de prendre el tractament, i donades les reserves plantejades, es va optar per substituir l'alprazolam per clonazepam, que té una vida mitja més llarga i és menys susceptible a tenir efectes de rebot ansiós. Prescriure-li la formulació en solució oral li permetia un ajust fi de la dosi en funció de l'eficàcia/tolerància i guanyar una major sensació de control respecte a la medicació.

Es va fer una intervenció psicoeducativa i es van assenyalar les principals distorsions cognitives, fent èmfasi sobretot en tècniques de relaxació.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(309.24) *Trastorn d'adaptació amb simptomatologia d'ansietat.*

DISCUSSIÓ

El col·lectiu dels professionals sanitaris ha estat en el punt de mira com un dels més afectats per la pandèmia, tant pel que fa al nombre de contagiats (més de 51.000 a tota Espanya a juny de 2020) com pel que fa a l'impacte en termes de salut mental. En general, en els diferents estudis realitzats es descriu un augment de simptomatologia ansiós-depressiva en aquesta població durant la pandèmia, en particular en aquells professionals que han treballat en primera línia amb pacients afectats per la COVID-19, i en aquells amb menys experiència professional. S'han registrat increments de problemes de son i simptomatologia obsessiva, mentre que no s'ha registrat un increment aparent de simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic agut.

Ser treballador sanitari en el moment de la pandèmia, de la mateixa manera que quedar-se a l'atur o haver de requerir subvencions de l'estat després de l'epidèmia del SARS de 2004, augmentava 3-4 vegades el risc de patir comorbiditats psiquiàtriques en el seguiment.

En el nostre medi, durant el desenvolupament de la pandèmia del SARS-CoV-2 s'han desplegat tota una sèrie de recursos dirigits a atendre l'emergència de problemes de salut mental, essent el col·lectiu de professionals sanitaris un dels grups als que específicament es dirigien aquests recursos terapèutics. Val a dir que, per l'experiència compartida amb especialistes de diferents centres, el nombre de professionals que han accedit a demanar ajuda ha estat força escàs.

El cas que presentem il·lustra una demora significativa a l'hora de demanar ajuda. La M. va trigar ben bé dos mesos, i quan va accedir a ser visitada, ja havia acumulat un important patiment que hauria pogut derivar en conseqüències greus, tant per la seva salut mental com a nivell laboral o familiar. A més, va accedir a instàncies del seu cap, no per iniciativa pròpia. Afortunadament, amb un tractament ansiolític i amb una intervenció psicoterapèutica bàsica d'educació sobre el problema i reestructuració

d'algunes cognicions distorsionades, la pacient va experimentar una evolució favorable. No obstant, el fet generalitzat de la baixa demanda d'ajuda per part dels professionals mereix una reflexió. S'han procurat els recursos adequats? Què hauríem pogut millorar per prevenir i abordar la problemàtica de salut mental emergent durant la pandèmia? Existeixen encara prejudicis i estigma associats al fet de consultar a un professional de la salut mental? En el cas que presentem, i malgrat tractar-se d'una professional metgessa, es posen de manifest prejudicis en relació a prendre medicació psiquiàtrica o, fins i tot, sentiments de culpa associats a sol·licitar una baixa per un motiu psiquiàtric.

Des d'un punt de vista clínic, la pacient mostrava tot un espectre de símptomes (hipocondria, rituals obsessius-compulsius o simptomatologia d'estrès posttraumàtic) que tenen una base comú en l'ansietat, que genera un augment de l'activació, atenció selectiva als canvis físics i emissió de conductes de comprovació, així com conductes evitatives o de seguretat (por a tornar a l'hospital, conductes compulsives de neteja). Així, durant la pandèmia, i en un col·lectiu amb un perfil caracterial amb una probable sobrerrepresentació dels trets de clúster C, la patoplàstia dels trastorns ansiosos probablement aparegui amb una major prevalença de simptomatologia obsessiva o hipocondríaca. Des d'un punt de vista diagnòstic, la simptomatologia no va tenir la suficient entitat o duració com per fer un diagnòstic específic d'hipocondria, de TOC o de TEPT, i tenint en compte que l'aparició del quadre es relacionava clarament amb un estressor identificable, en una persona amb una bona adaptació prèvia, vam preferir catalogar-lo d'un trastorn adaptatiu amb simptomatologia ansiosa, amb la mencionada particular expressió patoplàstica de l'ansietat en aquest col·lectiu.

En aquests casos, els pacients es poden beneficiar de tractaments farmacològics amb ansiolítics o antidepressius, i d'un abordatge psicoterapèutic que hauria de contemplar: una derivació feta amb molt de tacte, donada la presència de prejudicis i estigma, evitant la paraula hipocondria (millor substituir-la per "ansietat per la salut"), en particular quan estem parlant de professionals que tenen un important domini de la informació mèdica; educació sobre el problema; fer palès l'efecte de

l'atenció selectiva o l'autoinspecció en la generació de creences errònies, més que proporcionar una explicació per cada símptoma des d'un model de malaltia mèdica al que el pacient recorre; aplicació de tècniques de control de l'activació (respiració, relaxació, mindfulness); atenció a les alteracions associades a la hipocondria (en aquest cas, a la interacció amb altres professionals metges i infermeres, etc.).

CONCLUSIONS

- Els professionals sanitaris han estat identificats com un col·lectiu psiquiàtricament vulnerable durant la pandèmia de la COVID-19.
- Els principals estudis assenyalen l'augment d'incidència de simptomatologia ansiós-depressiva, problemes d'insomni i simptomatologia obsessiva i hipocondríaca en aquest col·lectiu.
- Malgrat la creació de recursos específics de salut mental per a l'atenció d'aquest col·lectiu, la demanda i utilització d'aquests recursos per part d'aquest grup de risc ha sigut escàs, fet que mereix una reflexió en relació a la idoneïtat dels recursos.
- El component d'estigma associat a la consulta a un professional de la salut mental pot haver jugat un paper en la baixa demanda d'ajuda.

REFERÈNCIES

- [1] Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020 10;89:531-42.
- [2] Lam MH, Wing YK, Yu MW, Leung CM, Ma RC, Kong AP, et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Arch Intern Med*. 2009 Dec 14;169(22):2142-7.

No puc controlar les meves manies: COVID i TOC

Des de la declaració per part de l'OMS de la pandèmia per COVID-19, i amb l'objectiu d'aturar la propagació del virus, hem vist aflorar en la població general dubtes en relació a si està tot prou net, si s'ha emprat el temps recomanat en la higiene o si s'han seguit els passos adequats, amb els productes correctes i amb prou temperatura en l'aigua. A continuació es presenta un cas clínic en el que es descriu una pacient amb diagnòstic de TOC, a partir del qual es pot reflexionar en torn al seu abordatge terapèutic en aquest context social viscut.

MOTIU DE CONSULTA

Treballadora de l'Hospital que consulta per elevada ansietat amb simptomatologia obsessiu-compulsiva que interfereix en el seu desenvolupament laboral i en les seves relacions familiars.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Dona de 58 anys amb estudis superiors (personal sanitari superior) que es troba de baixa des de maig de 2020 a causa d'una exacerbació simptomàtica del trastorn de base arrel de la COVID-19. Es divorcia de la seva primera parella, amb la qual tenen dos fills, derivant la separació en problemes econòmics. Actualment té parella, tot i que viu sola.

Familiars: Familiar de primer grau amb consum de tòxics i episodi psicòtic en tractament.

Sómato-quirúrgics: No rellevants.

Psiquiàtrics: Simptomatologia ansiós-depressiva en context de separació. Trets obsessius de la personalitat ("sempre he tingut manies"). Descriu comportaments excessius de neteja (rentar-se sempre les mans en fer el llit) i tendència generalitzada a preocupar-se, no només en situacions d'estrès; en el darrer temps reconeix

focalització en la seva filla menor. Absència d'altres antecedents psiquiàtrics d'interès.

Conductes addictives: Nega.

Tractament habitual: Automedicació amb diazepam.

PROCÉS ACTUAL

Consulta la pacient en sentir que “les manies se m'estan disparant”. Explica que, a conseqüència de la COVID-19, presenta una elevada preocupació per la feina i l'estat de salut de la seva filla. Tot i insistir en que “sempre ha sigut una mica maniàtica de la neteja”, descriu que, durant els darrers dies, ha notat un augment significatiu de les conductes de neteja i de les ruminacions en relació a un possible contagi, que viu de forma descontrolada i amb molta ansietat.

L'augment de les preocupacions sobre un possible contagi es tradueixen en un estat basal d'ansietat augmentada, certa labilitat emocional i baix estat d'ànim amb progressiva pèrdua de la cura de la imatge personal. Refereix elevada necessitat de netejar-ho tot diverses vegades seguint unes mesures fins i tot més estrictes que les adoptades pels protocols hospitalaris, fet que interfereix en el seu desenvolupament laboral i en la fluïdesa de les seves relacions socials. Descriu que, tot i la necessitat d'estar en contacte amb els altres, davant la incertesa sobre si podrien estar contagiats, prefereix aïllar-se.

L'entorn familiar descriu un augment de les preocupacions, dels rituals de neteja i marcada ansietat. En arribar a casa, neteja el mòbil i la bossa amb vapor i es renta les mans de forma insistent. Constantment intervé per alertar-los del risc de contagi i demanar-los que es col·loquin correctament les mascaretes. Els familiars destaquen les dificultats que té a l'hora de cuinar i realitzar els àpats, que provoca una disminució de les ingestes i una pèrdua de pes que, finalment, es tradueix en un nou augment de les preocupacions davant la possibilitat que aquesta situació derivi en una disminució de les defenses. Descriuen la presència de dubtes continus en relació si ha estat prou curosa i ruminacions per haver cuinat sense la mascareta.

Davant la vivència d'aquestes conductes com a descontrolades, irracionals i exagerades, explica que ha començat a voler resistir-se a elles, tot i que no les pot deixar de fer.

Exploració psicopatològica: Conscient i orientada. Col·laboradora i abordable. Contacte sintònic. Estat d'hiperalerta. No alteracions formals del contingut i curs del llenguatge. Ruminacions en torn a un possible contagi per COVID-19, que defineix com a idees obsessives de freqüència contínua al llarg del dia. Compulsions de neteja i conductes desproporcionades de precaució. Insomni de segona fase. No ideació autolítica ni psicòtica.

EVOLUCIÓ

Ens trobem davant d'una persona amb marcada rigidesa cognitiva. Per la pacient és més important la precaució de no contagiar-se que el malestar del símptoma, la resistència i necessitat d'eliminar-lo, i el patiment que pot provocar en els altres. Després d'assenyalar tot allò que un perd per tal de cedir a les obsessions (contacte amb els néts, establir relacions d'ajuda amb els fills, relació de parella, por a la solitud i reprendre activitat laboral), la pacient arriba finalment a sentir la necessitat de prendre el control de les compulsions i de la seva vida, produint-se una millora de l'estat d'ànim i de les relacions familiars.

La pacient en un primer moment relaciona la seva inestabilitat amb la intranquil·litat que li genera que la seva filla pugui estar patint durant la situació de confinament, percebent-la com a altament vulnerable tot i tenir més de 30 anys, descrivint un patró relacional de sobreprotecció. En aquest sentit, es realitza una intervenció basada en l'establiment de límits en el rol maternal, essent efectiva en la disminució de les preocupacions per la filla i en les relacions de la fratria. A l'inici del desconfinament, la pacient relata que els germans han reiniciat la relació després d'anys.

A nivell farmacològic, s'inicia tractament amb Sertralina 50mg/dia, i es proposa augmentar-la a 200mg/dia i afegir Mirtazapina per millorar l'insomni. La pacient es

nega i no s'arriba mai a superar els 75mg/dia de Sertralina. En aquest sentit, el tractament farmacològic s'integra en el nucli del trastorn, pel temor a dependre de la medicació en el futur ("si em dius que el coronavirus desapareix demà, a mi això se'm passa"). La pacient, tot i el context de prevenció, manté les obsessions i els rituals de neteja, i continua descrivint-los com excessius i irracionals. Reitera que estan fora del seu control, arribant a catalogar-los com a paranoies ("veig el coronavirus a tot arreu").

A nivell psicoterapèutic, una de les principals dificultats es troba en la impossibilitat de fer una exposició als agents contaminants per tal de disminuir les ruminacions que generen les constants informacions que es reben, on la por al contagi és al pensament comú i qualsevol acció es veu condicionada per aquesta possibilitat real de contagi. No obstant, en relació a aquesta nova realitat, la pacient aconsegueix diferenciar quan la seva conducta és adaptativa i quan és excessiva. En aquest sentit, no es busca l'eliminació de les conductes compulsives, en tant que resulta impossible per la situació de pandèmia, sinó que la pacient prengui el control. Amb aquesta idea, es proposa la tècnica paradoxal i modificar la manera com es renta: "en aquelles situacions que saps que t'estàs excedint pots no rentar-te però, si ho fas, ho has de fer de la següent manera". La pacient, com en altres casos similars, afirma no haver-ho dut a terme sempre, tot i que relata una progressiva disminució de les compulsions al final del tractament.

A nivell psicoterapèutic s'intervé també en relació als dubtes que presenta sobre si tot està prou net. La pacient es nega a viure amb incertesa i, quant més renta, més augmenta la por a la contaminació, com aquell qui viu preocupat davant la possibilitat que s'embruti el cotxe pulcrament net o una paret pintada d'un blanc nuclear.

S'aconsella restringir l'accés a informació relacionada amb el virus, així com tractar de no mantenir contínuament converses relacionades amb el potencial de contagi del virus, que la pacient només segueix durant l'inici del tractament, essent una pauta sobre la qual cal insistir molt. Es contacta amb l'entorn familiar per facilitar la

consecució de la pauta i evitar la interferència que generen els intents de tranquil·lització.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(300.3) *Trastorn Obsessiu Compulsiu.*

DISCUSSIÓ

Davant l'amenaça del nou coronavirus SARS-CoV-2 i el seu elevat potencial de contagi, i amb la finalitat de poder garantir la distància social entre persones, la majoria de governs s'han vist evocats a prendre una sèrie de mesures que, en molts casos, s'equiparen als símptomes del TOC, com ara el confinament domiciliari, la higiene de mans constant i l'ús de mascaretes; mesures que encara s'han fet més extremes en el conjunt del personal sanitari. S'ha demostrat un augment de simptomatologia relacionada amb l'estrès, la depressió i els trastorns d'ansietat en aquelles poblacions que havien sofert una epidèmia, la qual cosa convida a pensar en la vulnerabilitat d'aquelles persones amb pensaments intrusius relacionats amb la neteja i la por a la contaminació en situacions d'emergència sanitària. A partir de l'administració del SCL-90 (*symptom checklist 90*) s'ha observat que un dels efectes psicològics més significatiu de la pandèmia és l'augment de la simptomatologia TOC, possiblement en el context de major requeriment d'higiene i neteja d'objectes personals.

Cal ressaltar que, malgrat la variabilitat de les temàtiques obsessives, destaquen la por al contagi i a la contaminació, i les compulsions d'excessiu rentat de mans. Per aquest motiu, diferents associacions de pacients i de cuidadors han advertit de l'existència d'una possible problemàtica, expressant la seva preocupació en torn aquesta situació d'emergència sanitària.

El llarg període d'incubació de la COVID-19, que provoca un elevat conjunt de persones asimptomàtiques, ha generat un seguit de conductes de vigilància i d'idees de sospita envers l'altre que, en benefici del “millor prevenir que curar”, es tradueixen en augments de precaucions en les relacions socials. També la controvèrsia en relació

al temps i les superfícies on el virus és actiu, ha afavorit un context d'incertesa on les persones amb tendències obsessives i rigidesa cognitiva es mostren més fràgils, pel que l'onada constant d'informació sobre la precaució s'ha convertit en una nova font de preocupació que se suma a la cadena d'obsessions i compulsions preexistent. És per aquest motiu que la majoria de guies clíniques recomanen disminuir la cerca constant d'informació relacionada amb el virus i la pandèmia.

A nivell psicoterapèutic es planteja la controvèrsia de l'aplicació de tècniques com l'Exposició amb Prevenció de Resposta (EPR) en situacions d'emergència sanitària per pandèmia, proposant en general adaptar-la o fins i tot eliminar-la davant la impossibilitat de dur-la a terme. En aquest sentit, les intervencions van dirigides a augmentar la percepció de control del pacient sobre el seu comportament, per exemple en el nombre de vegades que es renten les mans o la manera de fer-ho, i d'aquesta manera, evitar ser esclaus de les seves pròpies obsessions.

A partir de l'anterior, es podrien justificar, normalitzar i racionalitzar, per una banda, determinats comportaments i pensaments, que en realitat estan fora del control de la persona, relacionats amb la neteja i/o rentada de mans del pacient o dels seus familiars. I, d'altra banda, l'aparició de comportaments d'acaparament de productes de primera necessitat, d'higiene i desinfectants de manera anticipatòria, possiblement pel pànic global de la situació, emmascarant casos de trastorn per acumulació. De fet, existeix la possibilitat que aquest tipus de comportaments no hagin estat evidents al llarg de la pandèmia a causa de la falta de detecció, a la interrupció dels serveis mèdics i a les prioritats alternatives de salut pública o, simplement, perquè alguns comportaments característics del TOC són adaptatius. En general, els pacients coneixen quin és el límit de les seves obsessions i detecten en quin moment estan fora del control i es converteixen en una conducta que han de controlar.

Moltes persones, per tant, s'han comportat d'una manera equivalent a pacients diagnosticats de TOC, però no ho han viscut com una malaltia, ni els ha generat ansietat, ni intents fracassats de controlar-ho i, per tant, no busquen ajuda per solucionar-ho en tant que ho consideren una conducta adaptativa. Com en tantes

altres ocasions, cal una reflexió sobre els models basats en criteris diagnòstics que no s'ajusten a la vivència de descontrol del problema. En aquest cas ens hem centrat en la sensació de pèrdua de control; tot allò que un fa per solucionar el problema i que, lluny de solucionar-lo, encara l'agreuja més. Sembla molt important aprofitar els recursos de la pacient, com a rol de mare, àvia i la seva professionalitat per generar la necessitat de canvi.

CONCLUSIONS

- Situacions d'emergència sanitària i confinament poden contribuir a un augment de la psicopatologia en la població general.
- En la intervenció del TOC esdevé molt important entendre el context en el qual es desenvolupa, molts comportaments poden ser adaptatius i les persones no ho viuen com a malaltia.
- Sembla més útil centrar-se i redefinir la problemàtica en la pèrdua de control més que en els comportaments considerats simptomàtics.
- Han estat més útils i rellevants les intervencions orientades a les dificultats que es generen a nivell relacional, que en el desbloqueig del quadre psicopatològic.
- Són necessaris models operatius centrats en els pacients i els intents de solucions, i de menys utilitat de criteris preestablerts degut a la importància del context socio-sanitari.

REFERÈNCIES

- [1] Banerjee DD. The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Res.* 2020 06;288:112966.
- [2] Kamara, S., Walder, A., Duncan, J., Kabbedijk, A., Hughes, P., Muana, A., 2017. Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. *Bull. World Health Organ.* 95, 842–847.

- [3] Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Res.* 2020 06;288:112992.
- [4] Fontenelle LF, Miguel EC. The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2020 06;37(6):510-1.
- [5] Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, et al. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Compr Psychiatry.* 2020 07;100:152174.

La manca d'accés a substàncies d'abús durant el confinament: trastorn addictiu i COVID-19

Pacient en seguiment a centre d'atenció i seguiment a drogodependències (CAS) per problemes relacionats amb el consum de cocaïna (substància principal), cànnabis i alcohol, i un TB I. La pacient també assistia al centre de rehabilitació comunitària fins que es va instaurar l'estat d'alarma al març del 2020. Es tracta d'una persona amb patologia dual, que ha vist interromput l'accés a la substància d'abús principal així com el tractament rehabilitador psicosocial arrel de l'epidèmia COVID-19.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 43 anys en seguiment al centre de salut mental de zona per un TB I que al 2017 va ser derivada al CAS per problemàtica relacionada amb el consum de tòxics.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Nascuda a Catalunya. Desenvolupament psicomotor sense alteracions. Estudis fins a formació professional de perruqueria, última feina als 30 anys, quan es va concedir el grau de discapacitat. És filla única, viu amb la seva mare a un pis. Cercle d'amistats del barri on viu. Al 2018 acudia a una acadèmia d'anglès amb bon rendiment en els estudis.

Familiars: Antecedents de trastorn depressiu en familiar de primer grau.

Sómato-quirúrgics: Luxació de maluc intervinguda als 2 i als 10 anys.

Psiquiàtrics: Debut de la malaltia als 26 anys, presentant un episodi maníac amb símptomes psicòtics (exaltació de l'ànim, increment d'energia i activitat, idees delirants místico-religioses, fenòmens de difusió del pensament i al·lucinacions auditives), requerint ingrés en dues ocasions. En total ha presentat tres descompensacions maníacques i un únic episodi depressiu. Des que va rebre el diagnòstic realitzava seguiment al centre de salut mental de zona. Al 2017 es van

detectar problemes relacionats amb el consum de cocaïna principalment, però també consumia cànnabis i alcohol. Al juny del 2018, la pacient va requerir ingrés de desintoxicació de substàncies però va recaure en el consum poques setmanes després de l'alta, sent la cocaïna la substància més problemàtica fins a l'actualitat. Amb l'objectiu de potenciar relacions personals, activitats i rutines allunyades del cercle consumidor, va ser derivada al centre de rehabilitació comunitari a l'octubre del 2019. Des d'aleshores, malgrat la correcta vinculació al centre, la pacient va presentar una escalada en el consum de cocaïna via inhalada, amb interferència en el funcionament psicosocial i en la salut (pèrdua de pes, pèrdua d'interès per les activitats habituals i relacions socials, manques d'assistència al centre, i escassa motivació per abandonar el consum de cocaïna). Tant és així, que se li havia plantejat deixar d'acudir temporalment al centre de rehabilitació i realitzar un ingrés de desintoxicació.

Conductes addictives:

- Cocaïna: inici del consum al 2017, sempre via intranasal. Consum diari des del 2018. Al juny del 2018 realitza desintoxicació i ingrés a comunitat terapèutica. A l'alta va mantenir l'abstinència durant un mes. Consum des d'aleshores pràcticament diari fins al 14 de març del 2020, quan es va instaurar l'estat d'alarma.
- Cànnabis: consum des dels 16 anys via fumada. Consum diari des dels 30 anys, tot i que, des de finals del 2019, va disminuir la quantitat fins a 1-2 unitats/setmana per presentar símptomes psicòtics quan consumia.
- Alcohol: inici del consum a l'adolescència. Bevia entre 6-10 UBE/dia el cap de setmana. Mai ha presentat símptomes d'abstinència a alcohol. Durant el 2020 va incrementar progressivament el consum, i des de març del 2020 presentava un consum diari de 4-6 UBE/dia.
- Nicotina: des dels 15 anys inicia consum de fins a 25 cigarrets/dia, sense períodes d'abstinència.

Tractament habitual: carbonat de liti 1200mg/dia, risperidona 3mg/dia, gabapentina 300mg/8h, zonisamida 300mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

Des que es va iniciar el confinament per la pandèmia COVID-19, la pacient ha tingut dificultats en aconseguir cocaïna i cànnabis, motiu pel qual ha minvat el consum d'aquestes substàncies. Malgrat ha tingut la percepció que el confinament ha estat relativament ben tolerat, aquest fet li ha generat en ocasions ansietat, irritabilitat i disfòria, que ha gestionat intentant mantenir l'atenció en tasques dins la llar, donada la impossibilitat sortir i de continuar amb activitats del centre de rehabilitació.

Exploració psicopatològica: Vigil, conscient i orientada. Contacte sintònic. Euprosèxica. Aspecte correcte. Abordable, col·laboradora. Sense alteracions de la psicomotricitat. Discurs espontani, fluent i coherent, sense alteracions en la forma del llenguatge. Expressa preocupació per la pèrdua de control en quant al consum de cocaïna i a la vegada ambivalència pel desig de continuar consumint versus aconseguir abstinència total. No presenta indicis de descompensació afectiva, tot i que sí s'aprecia manca d'interès per a la recuperació i irritabilitat relacionada amb el consum de cocaïna. Refereix presència de forma puntual de fenòmens de difusió del pensament que relaciona amb el consum de cànnabis, però que no generen repercussió emocional. No presenta altra clínica de l'esfera psicòtica. Pèrdua de gana i pes, son mantingut. No presenta idees de mort. Judici de realitat conservat.

EVOLUCIÓ

Des de l'inici del confinament es van suspendre totes les activitats realitzades al centre de rehabilitació, així com les visites presencials al CAS. Durant aquest temps, es va substituir l'assistència presencial per visites de seguiment telefòniques des dels centres on la pacient feia seguiment per detectar les necessitats de la pacient, donar suport psicològic i mèdic, i ajudar a millorar la gestió de l'ansietat secundària al confinament, al canvi o disminució d'activitats rutinàries, i a l'aparició del desig intens de consum de substàncies d'abús. Si bé el confinament ha implicat un distanciament del cercle consumidor habitual i una disminució de les situacions que li recordin al

consum de la cocaïna, la pacient ha presentat ansietat per la incertesa de la situació, por a la infecció i a que la mare emmalalteixi, i desig de consumir cocaïna, que ha estat difícil de gestionar en molts moments. En les darreres visites telefòniques, la pacient reconeixia haver incrementat el consum d'alcohol, passant a ser diari (fins a 6 UBE/dia) amb finalitat evasiva i ansiolítica. No ha presentat indicis de descompensació afectiva, i ha expressat percepció de relativa adaptació a la situació.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.43) Trastorn bipolar tipus I.

(304.20) Trastorn per consum de cocaïna, greu.

(303.90) Trastorn per consum d'alcohol, moderat.

(304.30) Trastorn per consum de cànnabis, greu en remissió parcial inicial.

DISCUSSIÓ

En aquest cas, el confinament ha implicat una interrupció del consum de la substància més problemàtica per a la pacient. Això fa pensar que, per a alguns pacients, l'aïllament social secundari a la pandèmia pot ser fins i tot beneficiós i funcionar com un ingrés o estada a comunitat terapèutica. D'altra banda, cal tenir en compte que, en molts casos, pot ser molt mal tolerat pels consumidors, que poden reaccionar de maneres diverses: 1- aparició de símptomes d'abstinència greus a substàncies (com per exemple quadres d'abstinència a l'alcohol), 2- conductes que posin a la persona en risc d'infectar-se, 3- substitució de la substància en qüestió per altres legals o més fàcils d'aconseguir (com és l'alcohol o els ansiolítics), 4- desenvolupament d'addiccions conductuals relacionades amb les tecnologies.

A més, els pacients amb patologia dual poden ser especialment vulnerables durant la pandèmia del COVID-19: a una major susceptibilitat a l'estrès degut al confinament, pròpia de les persones amb trastorn psiquiàtrics, s'afegeix l'abstinència i el desig intens de consum d'algunes substàncies d'abús donat que, pel major control per part de les autoritats i les restriccions de mobilitat, és difícil aconseguir-les. D'altra banda,

els pacients amb trastorns psiquiàtrics vinculats a recursos socials i terapèutics han vist interrompudes les seves activitats, i això pot tenir conseqüències negatives en l'evolució clínica dels pacients.

CONCLUSIONS

- El desproveïment de les substàncies d'abús durant una situació de confinament també implica riscos per la persona que consumeix. Si bé en alguns casos romandre a un lloc tancat pot implicar una menor exposició a la substància i a situacions que puguin estimular el seu consum, s'ha de tenir en compte la possible substitució d'una substància difícil d'aconseguir per una altra més accessible. Caldrà veure quina implicació té la reversió del confinament en el consum de substàncies.
- Els pacients amb patologia dual s'enfronten, a més del risc d'infectar-se, a altres riscos i vulnerabilitats addicionals que han d'abordar-se.
- Donat que les persones amb problemes de consum de substàncies (i/o que tenen trastorns psiquiàtrics) es veuen especialment afectades per les conseqüències del confinament, cal adaptar els programes terapèutics actuals mitjançant l'ús de tecnologia i intensificar el seguiment telefònic/telemàtic per garantir els tractaments mèdics i psicosocials.

REFERÈNCIES

[1] Kar SK, Arafat SMY, Sharma P, Dixit A, Marthoenis M, Kabir R. COVID-19 pandemic and addiction: Current problems and future concerns. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102064.

[2] Dunlop A, Lokuge B, Masters D, Sequeira M, Saul P, Dunlop G, et al. Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. Vol. 17, *Harm reduction journal.* NLM (Medline); 2020. p. 26.

[3] Mackolil J, Mackolil J. Addressing psychosocial problems associated with the

COVID-19 lockdown. Vol. 51, Asian Journal of Psychiatry. Elsevier B.V.; 2020.

[4] Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Vol. 7, The Lancet Psychiatry. Elsevier Ltd; 2020. p. 547.

Nens i adolescents: confinament a casa o “a la pantalla”

La pandèmia de la COVID-19 i la situació de confinament han precipitat que els nens i adolescents estiguin més hores a casa convivint amb les seves famílies, resolent deures en línia i buscant noves formes d'oci i de vida social. Les pantalles en general juguen un paper fonamental durant aquesta crisi. D'una banda obren l'oportunitat per fer teletreball o continuar amb l'escola, mantenir el contacte social a distància i compartir entreteniment amb altres persones. D'altra banda, l'excés pot ser un factor de risc per desenvolupar un ús problemàtic de videojocs o d'internet en població vulnerable, com són els nens i els adolescents amb problemes de salut mental.

MOTIU DE CONSULTA

Noi de 17 anys derivat des del CSMIJ d'àrea per tractament intensiu i específic d'un trastorn per ús de cànnabis.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Embaràs de bessons de risc (fecundació in vitro, preeclàmpsia); nascut preterme per cesària i amb baix pes. Viu amb la família d'origen. Fracàs escolar; múltiples expulsions de l'institut per conducta disruptiva. Practica diversos esports, que ha hagut d'aturar en els darrers mesos per una lesió.

Familiars: Familiar de primer grau amb diagnòstic de trastorn esquizoafectiu.

Sómato-quirúrgics: Intervenció quirúrgica recent per lesió a la cama.

Psiquiàtrics: Diagnòstic de (TDAH) als 12 anys; va fer tractament amb *guanfacina* que va abandonar unilateralment per efectes secundaris gastrointestinals. Als 14 anys començà amb conducta desafiant i irritabilitat en el context de factors d'estrès ambientals, motiu pel qual es va fer el diagnòstic de trastorn adaptatiu. Coeficient intel·lectual estimat dins de la normalitat (ICG = 101).

Conductes addictives: Trastorn per ús de cànnabis des dels 14 anys.

Tractament habitual: Sense medicació.

PROCÉS ACTUAL

Hi ha una doble simptomatologia que destaca en les entrevistes amb el pacient i el seus familiars des de l'inici del seguiment:

- La impulsivitat, la baixa tolerància a la frustració i la necessitat constant de reforç immediat, que condiciona una escassa planificació, baixa constància i pobre vinculació als estudis, així com episodis d'heteroagressivitat verbal i física contra objectes.
- L'ús de cànnabis. El pacient va provar el cànnabis per primera vegada als 14 anys. Des de llavors va haver-hi un increment progressiu en el consum, fins les 10 unitats/dia durant el darrer any. Consumeix amb amics i també sol (pel matí i a la nit abans d'anar a dormir). Va a iniciar controls d'orina, i va reduir el consum fins a 3 unitats/dia, que mantenia durant els mesos previs al confinament. Ni la família ni el pacient descrivien problemes d'ús d'altres substàncies o videojocs.

Exploració psicopatològica: El pacient sempre s'ha mostrat col·laborador i correcte, abordable a les entrevistes; híperfamiliar algunes vegades. Contacte sintònic. Aspecte cuidat. Discurs híperfluent, espontani i coherent, destacant certs trets narcisistes, amb minimització de les alteracions de conducta que protagonitza. No ideació delirant, alteracions de la sensopercepció ni de la vivència joica. Refereix eutímia i mostra afecte reactiu. Nega ansietat. No ideació autolítica o heterolesiva. Parcial consciència de trastorn, rebuig de tractament farmacològic. Precontemplatiu amb el consum de cànnabis, accepta passivament fer seguiment.

EVOLUCIÓ

Des de l'inici del confinament es va fer seguiment telefònic. El consum de cànnabis es va reduir (1 unitat/dia), en funció de la disponibilitat (va aconseguir que els amics li portessin a casa).

Paral·lelament, hi va haver un progressiu increment en el temps d'ús de pantalles. El pacient passava entre 8 i 10h jugant a videojocs en línia amb amics, principalment a la nit, i feia ús d'altres dispositius (mòbil, televisió...). Hi havia una inversió del cicle son-vigília: s'enllitava a las 6:00 del matí i dormia durant el dia. Quan no jugava pensava en què faria per connectar-se, amb qui jugaria... Expressava malestar i protagonitzava episodis d'heteroagressivitat verbal i física contra objectes en el moment que se li demanava que aturés el joc o la connexió fallava.

Vam iniciar intervencions amb la mare per establir un control extern i posar en marxa recomanacions per l'ús saludable de les tecnologies. El desenvolupament d'activitats alternatives, com l'exercici, els jocs de taula..., organitzades amb el germà van ajudar a regularitzar el cicle son-vigília i reduir parcialment el temps d'ús de videojocs.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(314.01) Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat.

(304.30) Trastorn per ús de cànnabis, greu.

DISCUSSIÓ

Aquest és només un cas entre molts dels que s'han detectat en la pràctica clínica en psiquiatria i psicologia del nen i de l'adolescent durant la pandèmia. Una enquesta en línia feta a més de 10.000 adolescents a Catalunya informa que més del 70% passen més de 4h al dia amb el mòbil durant el confinament; i això sense considerar l'ús d'altres dispositius electrònics. L'aïllament ha destacat com un factor freqüentment associat a l'abús de videojocs en adolescents; i molts autors han assenyalat els riscos

de l'increment de l'ús de les tecnologies durant el confinament en població vulnerable.

A la consulta hem identificat aquest creixement en l'ús de pantalles durant el confinament en els nens i adolescents amb patologia mental prèvia. De fet, l'ús patològic d'internet i videojocs es presenta amb freqüència en adolescents amb comorbiditats. La investigació desenvolupada en el nostre medi ha demostrat que els adolescents amb trastorn per videojocs i trastorns internalitzants fan servir els videojocs com una estratègia per manejar els símptomes i afrontar les seves dificultats; i en canvi, els adolescents amb trastorn per videojocs i trastorns externalitzants empren els videojocs per entreteniment en solitari i amb d'altres; com en el cas que ens ocupa.

El diagnòstic de trastorn per ús d'internet o videojocs és controvertit. El '*trastorn per jocs*' només està reconegut per la CIM-11 (criteris a la taula 1); mentre que el DSM 5, l'inclou als capítols finals de "condicions per estudiar més". En el cas que presentem, considerant la temporalitat (< 12 mesos) no es pot fer un diagnòstic de trastorn per videojocs; però la intensitat i la gravetat de la presentació convida a reflexionar si pot ser un marcador de risc pel futur desenvolupament del trastorn. La CIM-11 recull la condició d'ús de videojocs de risc (QE22), malgrat actualment no existeix una definició/criteri temporal que ho descriu. En un estudi europeu s'estimava una mitjana de 3,9h en línia en el grup d'adolescents amb un ús patològic d'internet; superat àmpliament pel noi del cas que es presenta.

Criteris diagnòstics del '*trastorn per jocs*' [6C51 - Classificació Internacional de Malalties - 11^o edició]

El trastorn es caracteritza per un patró de comportament de joc persistent o recurrent ("joc digital" o "videojocs"), que pot ser en línia (és a dir, a través d'Internet) o fora de línia, manifestat per:

- Control deteriorat sobre els jocs (per exemple, aparició, freqüència, intensitat, durada, terminació, context);
- Augmentar la prioritat donada als jocs en la mesura que els jocs prevalen sobre altres interessos i activitats quotidianes; i

- Continuació o escalada del joc malgrat que es produeixin conseqüències negatives. El patró de comportament és de severitat suficient per donar lloc a un deteriorament significatiu en àmbits de funcionament personal, familiar, social, educatiu, ocupacional o altres.

El patró de comportament del joc pot ser continuu o episòdic i recurrent. El comportament del joc i altres funcions són normalment evidents durant un període mínim de 12 mesos per assignar un diagnòstic, tot i que es pot escurçar la durada requerida si es compleixen tots els requisits diagnòstics i els símptomes són greus.

Descripció de 'joc de risc' [QE22 - Classificació Internacional de Malalties - 11^o edició]

El joc de risc fa referència a un patró de jocs, ja sigui en línia o fora de línia, que augmenta considerablement el risc de conseqüències perjudicials per a la salut física o mental per a l'individu o per a altres persones al voltant d'aquest individu. L'augment del risc pot ser degut a la freqüència del joc, a la quantitat de temps dedicat a aquestes activitats, a l'abandonament d'altres activitats i prioritats, a comportaments de risc associats al joc o al seu context, de les conseqüències adverses del joc o de la combinació d'aquests. El patró de joc sovint persisteix, malgrat la consciència dels danys a la persona o als altres.

Taula 1. Criteris diagnòstics, segons la CIM-11, del 'trastorn per jocs' i descripció de 'joc de risc'.

L'increment d'ús d'Internet o de videojocs es produeix generalment de forma progressiva, per tant s'ha de preguntar als pares i als nens o adolescents per les hores d'ús i com es fa servir (si el fill/filla està sol, o juga amb els pares, si està en un espai compartit de la casa...); per fer una detecció precoç i començar mesures de control quan abans millor. A més, molts pares expliquen a les consultes que els límits d'ús de les tecnologies imposats durant el confinament són més relaxats del que acostumaven a ser. Ho justifiquen amb l'afavoriment d'una bona convivència; i, en el cas del nen i adolescents amb problemes de salut mental, també per ajudar-los a disminuir la intensitat o freqüència d'alguns dels símptomes (ansietat, agressivitat...). Per això, la intervenció i sobretot la prevenció amb els pares és fonamental; i especialment amb els pares de nens i adolescents amb problemes de salut mental. Es pot trobar un document amb recomanacions adreçat als pares per fomentar un ús saludable de les tecnologies (en català, castellà i anglès) a:

<https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/cuida-la-teva-salut/addiccio-a-internet/prevencio>. També disponible en PDF per imprimir.

CONCLUSIONS

- El nens i adolescents amb patologia mental són una població especialment vulnerable per desenvolupar un ús problemàtic d'internet o videojocs.
- El risc de desenvolupar un ús problemàtic d'internet o videojocs està actualment exacerbat per la situació de confinament i el distanciament social.
- Per intervenir-hi i, sobretot, per prevenir-ho és essencial fomentar i promocionar un ús saludable de les tecnologies amb els pares/tutors de nens i adolescents que són atesos en els serveis de salut mental infanto-juvenil.

REFERÈNCIES

- [1] Adolescents.cat. Enquesta joves i confinament [Internet]. 2020. Disponible a: <https://www.scribd.com/document/457180309/Enquesta-joves-i-confinament#>
- [2] Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction*. 2012;107(12):2210–22.
- [3] Király O, Potenza MN, Stein DJ, King DL, Hodgins DC, Saunders JB, et al. Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry*. 2020 Jul 1;100:152180.
- [4] Martín-Fernández M, Matalí JL, García-Sánchez S, Pardo M, Lleras M, Castellano-Tejedor C. Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*. 2017;29(2):125–33.
- [5] Pluhar E, Kavanaugh JR, Levinson JA, Rich M. Problematic interactive media use in teens: Comorbidities, assessment, and treatment. *Psychology Research and Behavior Management*. 2019;12:447–55.

Fibril·lació ventricular per metadona i aïllament per COVID-19 en un pacient amb patologia psiquiàtrica

Els pacients amb trastorn per ús d'opioides en tractament amb metadona i que presentin COVID-19 poden presentar complicacions per les interaccions farmacològiques amb els fàrmacs més comunament emprats. Atès que es tracta d'un escenari a què ens podem enfrontar durant l'actual pandèmia, en aquest cas clínic s'analitzen quines són les possibles complicacions i les alternatives terapèutiques.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient de 53 anys ingressat a cardiologia després de cardioversió elèctrica d'urgències per arítmia ventricular greu (*Torsada de Pointes*). Per protocol hospitalari, a urgències, es realitza frotis nasofaríngi que identifica infecció per SARS-CoV-2 sistemàtica. Realitzen interconsulta a l'equip d'enllaç d'addiccions per a valoració de substitució de medicació opioide.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Mare i pare difunts. Té un germà i resideix amb la seva tieta, qui és la cuidadora principal, però està actualment ingressada per la COVID-19. No parella estable ni tampoc fills. Treballà com a funcionari fins a l'edat de 38 anys. Incapacitat total absoluta per malaltia de llarga durada.

Familiars: No coneguts.

Sómato-quirúrgics: Infecció per VIH, amb adequat seguiment i tractament amb Tenofovir-Emtricitabina-Efavirenz. Contagi probablement per ús de drogues per via parenteral. Hepatitis crònica per VHC genotip 1b no tractada. Funció hepàtica normal. Diabetis mellitus tipus 2. Taquicàrdia ventricular el 2013, resolta, que es va atribuir a sobredosi de metadona, hipomagnesèmia i malnutrició. Deteriorament cognitiu no filiat: en TAC realitzat a l'abril 2020 s'aprecia atròfia cerebral global i extensos signes

de microangiopatia crònica. En el seu CAS refereixen dificultats per complir pautes mèdiques que atribueixen a un deteriorament cognitiu no filiat.

Psiquiàtrics: TLP.

Conductes addictives: Opiacis: antecedent de consum d'heroïna per via parenteral des dels 18 anys, amb últim consum fa més de 10 anys. Des de llavors està en programa de manteniment de metadona en seguiment al CAS. Ha presentat diversos episodis de sobredosi accidental de metadona per dificultats executives atribuïdes al deteriorament cognitiu. Dosi actual de 230mg/dia. En circumstàncies habituals recull la metadona gairebé de forma diària. Antecedent de consum esporàdic d'amfetamines, LSD, barbitúrics i cocaïna via parenteral fa molts anys, actualment abstinent. Trastorn per ús de tabac: consum actual de 20 cigarretes al dia.

Tractament habitual: Insulina Lantus 18U/24h, Metformina 425mg/12h, Atripla (Tenofovir+Emtricitabina+Efavirenz) 1 U/24h, Omeprazol 20mg/24h, Quetiapina 200mg/24h, Metadona 230mg/24h.

PROCÉS ACTUAL

El pacient és traslladat a urgències d'un hospital per episodi de síncope per arítmia (*Torsades de Pointes*) en context de sobredosi per metadona a dosis de 400 mg. Habitualment la tieta l'ajuda en el maneig de la medicació i en el CAS es realitza un seguiment estret de la metadona (no fa *take home*); en absència d'ella ha pres una dosi major de manera accidental (s'estima que uns 400 mg). A la seva arribada presenta dos episodis de *Torsades de Pointes* que requereixen cardioversió elèctrica i ingrés a sala de cardiologia per control evolutiu. Es realitza per protocol la prova de detecció per SARS-CoV-2 que és positiva, sense requerir tractament ja que no presenta símptomes. A causa del risc d'allargament de QT per metadona, ens consulten el tercer dia d'ingrés per a valorar un canvi de medicació. Pel context epidemiològic, es realitza assessorament per via telemàtica que resulta suficient.

Exploració psicopatològica (referida per l'equip mèdic amb orientació telefònica del psiquiatra): Vigil, orientat, dispropòxia, contacte sintònic, poc col·laborador però reconduïble. Sense desorganització conductual ni altres alteracions de conducta destacables. Perseverant, concretista. Discurs fluid, poc elaborat, amb un contingut del pensament pobre i escassa capacitat d'argumentar la presa decisions sobre la seva salut. L'equip mèdic no refereix alteracions del contingut del pensament o de la sensopercepció compatibles amb clínica psicòtica. Refereix tendència a la eutímia, nega ideació suïcida, tanàtica ni lesiva. Certa ansietat cognitiva sense component somàtic en probable relació amb l'inici d'un quadre d'abstinència a opiàcis. La consciència de malaltia física, del deteriorament cognitiu, i de la necessitat de tractament mèdic són pobres; amb major consciència de les seves malalties psiquiàtriques. El judici crític de la realitat està minvat i la competència per prendre decisions mèdiques està limitada donada la baixa capacitat d'entendre el procés mèdic i la gravetat del mateix.

EVOLUCIÓ

Tot i les limitacions de la competència per prendre decisions mèdiques, s'explica a l'equip que el pacient ha de poder expressar la seva preferència i en cas de dubte buscar l'opinió de familiars propers. Les dues opcions que planteja l'equip mèdic per prevenir nous episodis d'arítmia ventricular potencialment letal són posar un desfibril·lador automàtic implantable (DAI) i mantenir el tractament amb metadona, o substituir metadona per un fàrmac més segur des del punt de vista cardiològic. Tant l'equip de cardiologia com de psiquiatria opina que el balanç risc/benefici és més favorable al canvi de fàrmac. El pacient es mostra d'acord amb aquesta opció terapèutica per tal d'evitar un ingrés perllongat; la família tampoc s'oposa a aquesta decisió. Tot i les dificultats competencials es decideix canvi de fàrmac tot considerant la preferència del pacient i prioritant l'opció menys agressiva de tractament. Es decideix realitzar la inducció de buprenorfina/naloxona durant l'ingrés. Per tal d'evitar que l'equip d'enllaç sigui un vector de la malaltia dins l'hospital, per protocol, tot l'assessorament es realitza per telèfon i restem a l'espera d'intensificar la

intervenció si hi ha problemes de maneig; en aquest cas no va caldre. S'inicia inducció el quart dia d'ingrés, quan presenta símptomes d'abstinència amb SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale) de 14 punts (segons protocol de l'hospital mínim 12 punts per iniciar inducció) , i s'augmenta progressivament fins a arribar a una dosi de manteniment de 20 mg, amb remissió de la clínica d'abstinència. Es realitza seguiment estret per mitjà d'ECG, sense troballes patològiques (últim QTc de 430ms). Es realitza la coordinació amb el CAS de referència per coordinació del tractament després de l'alta hospitalaria. S'aconsella valorar deteriorament cognitiu i revisar xarxa de suport externa de forma ambulatoria.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(304.00) Trastorn per ús d'opioides en remissió total sostinguda.

(301.83) Trastorn límit de personalitat.

(799-59) Trastorn neurocognitiu no especificat .

DISCUSSIÓ

La combinació de buprenorfina amb naloxona presenta diverses avantatges enfront de la metadona en el tractament del cas que s'exposa. L'acció agonista parcial de la buprenorfina suposa un sostre terapèutic, que protegeix del risc de depressió respiratòria i allargament del QTc quan té lloc una sobredosificació.

A més, la buprenorfina en comparació amb metadona, té menor risc d'interacció farmacològica amb antiretrovirals, i no altera la immunitat cel·lular, pel que suposa un avantatge en pacients amb VIH en tractament antirretroviral. D'altra banda, s'ha documentat una menor afectació cognitiva de buprenorfina respecte a metadona, que pot suposar un benefici en el pacient.

No obstant això, la transferència de metadona a buprenorfina/naloxona suposa una sèrie de dificultats en aquest cas. En primer lloc, una dosi de metadona major de 60 mg, en aquest cas 230mg, augmenta el risc de precipitar símptomes d'abstinència a l'iniciar la buprenorfina/naloxona. El motiu és que mentre la metadona exerceix un

agonisme pur sobre els receptors μ opioides, la buprenorfina exerceix un agonisme parcial, amb més afinitat pels receptors. En conseqüència si els receptors encara estan ocupats per metadona quan s'administra la primera dosi de buprenorfina, aquesta desplaçarà a la metadona, exercint un efecte antagonista i per la seva elevada afinitat i llarga vida mitjana contribuirà a l'aparició d'una síndrome d'abstinència de més durada. A més, l'ocupació dels receptors depèn de la dosi de metadona prèvia, de manera que a major dosi existeix major probabilitat d'una síndrome d'abstinència.

Per aquest motiu, es va esperar quatre dies després de l'ingrés a que el pacient presentés símptomes moderats d'abstinència, amb una puntuació en l'escala SOWS major de 12 punts, per iniciar la inducció amb buprenorfina/naloxona. Per les circumstàncies epidemiològiques es va instruir en l'ús d'aquesta escala als cardiòlegs responsables del pacient.

Les condicions de l'ingrés, en aïllament per COVID-19 i a càrrec d'un personal poc familiaritzat amb processos de desintoxicació, i en absolut amb la inducció amb buprenorfina/naloxona, va suposar un altre obstacle per al tractament. Els primers dies, hi va haver dificultats per a l'observació de símptomes d'abstinència per les mesures d'aïllament i el requeriment d'equips de protecció individual. A més l'equip de la nit no tenia prou familiaritat amb el protocol d'inducció i això afectava que no rebés les dosis de rescat que precisava els primers dies.

No obstant això, des de l'equip d'interconsultes d'addiccions es va oferir suport per al maneig farmacològic, assolint-se una dosi de manteniment de 20mg/24h, amb remissió dels símptomes d'abstinència i millora de l'interval QTc.

També cal destacar que aquesta sobredosi es va precipitar per les condicions epidemiològiques concretes (no supervisió del familiar referent per patir COVID-19, major disponibilitat de metadona per flexibilització excepcional dels règims de dispensació) però les característiques concretes del pacient (antecedent previ d'un episodi similar, deteriorament cognitiu no filiat, competència limitada per entendre processos de malaltia greu) van fer que es considerés el canvi de fàrmac per garantir

la seguretat del pacient a llarg termini. L'equip del CAS de referència estava d'acord amb aquest canvi i oferia seguiment més estret després de l'alta.

Per una altra banda, tot i la limitada competència del pacient per prendre decisions sobre la seva salut es va prioritzar la preferència del pacient, especialment perquè aquesta era la menys agressiva des d'un punt de vista mèdic.

En pacients amb COVID-19 en els quals es plantegi el tractament amb opioides s'hauria de tenir en consideració els següents factors:

En pacients amb pneumònia i insuficiència respiratòria severa s'ha de tenir màxima precaució pel risc de depressió respiratòria, comú a la metadona i la buprenorfina. En aquest cas el pacient no presentava símptomes respiratoris i no hi havia perill de depressió respiratòria.

Els tractaments per COVID-19 més emprats tenen risc d'interaccionar amb els fàrmacs opioides (veure taula).

S'ha comprovat que la metadona, a diferència de la buprenorfina, pot afectar la immunitat cel·lular, alterant les funcions dels limfòcits, les cèl·lules NK i macròfags. Es desconeix si aquest efecte pot tenir transcendència clínica en el curs de la infecció per SARS-CoV-2.

Fàrmac per la COVID-19	Amb metadona	Amb buprenorfina/naloxona
Ritonavir Lopinavir	És disminueix a l,45-53% dels nivells plasmàtics de metadona, fet que suposa un risc de desencadenar una síndrome d'abstinència si no s'ajusta la dosi de metadona.	En el cas de la buprenorfina hi ha prou evidència a favor de l'absència d'interaccions clínicament rellevants. Encara que ritonavir pot induir un increment dels nivells de buprenorfina es considera sense rellevància clínica per existir un sostre terapèutic. Menor risc de toxicitat cardíaca que la metadona. S'ha detectat prolongació

	subclínica del QTc en la combinació amb ritonavir.	
	No exerceix efectes d'inducció o inhibició enzimàtica que alteri les concentracions plasmàtiques dels opioïdes.	
Hidroxi-cloroquina	Presenta risc d'allargament de l'interval QT, que teòricament augmenta més en combinació amb metadona sense que s'hagi estudiat la coadministració d'ambdós fàrmacs.	Possible efecte d'allargament QTc (menys freqüent que amb metadona) sense que s'hagi estudiat la coadministració de ambdós fàrmacs.

CONCLUSIONS

- Un grup de pacients amb trastorn per ús d'opioïdes i que requereixen ingrés per COVID-19 poden beneficiar-se de l'ús de buprenorfina/naloxona, en concret aquells que han presentat arítmies greus produïdes per metadona, tenen alt risc de repetir un episodi similar amb potencial desenllaç fatal i requereixen d'una alternativa terapèutica.
- La inducció amb buprenorfina/naloxona té dificultats afegides quan es realitza en un entorn poc familiaritzat, i amb necessitat d'aïllament, com pot ser una sala de pacients que pateixen COVID-19, i està contraindicada si el pacient presenta insuficiència respiratòria severa. Tot i això, amb el suport especialitzat suficient es pot dur a terme satisfactòriament.
- Els estudis demostren un menor risc d'interaccions de ritonavir/lopinavir amb buprenorfina/naloxona en comparació amb metadona, tot i que no hi ha estudis que analitzin la combinació d'aquests opioïdes amb hidroxiclороquina.

- En qualsevol cas, ha de fer-se un seguiment estret del tractament pel risc de prolongació de l'interval QT, efecte conegut de la metadona i la hidroxicloroquina, i probable de la buprenorfina.

REFERÈNCIES

[1] Baño Rodrigo D, Carreño Rendueles E, Fusté Coetzee G, Martín Carmona G, Martínez Pérez V, Martínez-Raga J, et al. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona (Internet). Barcelona: Socidrogalcohol; 2010 (citado 26 de Mayo de 2020). Disponible a: <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-para-el-tratamiento-de-la-adiccion-a-opiaceos-con-buprenorfina-naloxona/>

[2] Sacerdote P. Opioids and the immune system. Palliat med. 2006; 20S: S9-15.

[3] McCance-Katz EF, Rainey PM, Friedland G, Jatlow P. The protease inhibitor lopinavir-ritonavir may produce opiate withdrawal in methadone-maintained patients. Clin Infect Dis, 2003, 37: 476-482.

[4] Liverpool Drug Interactions Group. Interactions with experimental COVID-19 therapies [internet] [citado 26 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.covid19druginteractions.org/prescribing-resources>.

[5] McCance-Katz EF, Moody DE, Smith PF, et al. Interactions between buprenorphine and antiretrovirals. II. The protease inhibitors nelfinavir, lopinavir/ritonavir, and ritonavir. Clin Infect Dis, 2006, 43 (Suppl 4): S235-246.

“No sóc un malalt imaginari”: #CovidPersistent també en adolescents

Pacient de 12 anys en tractament psiquiàtric per trastorn ansiós-depressiu presenta, en un context de pandèmia per la COVID-19, símptomes físics variables que es prolonguen en el temps, fet que motiva visites freqüents a urgències. Es realitza un diagnòstic diferencial amb símptomes somàtics de l'ansietat i, finalment, són atribuïts a la COVID-19. El cas reflexa la importància del despistatge somàtic, l'abordatge multidisciplinar, la necessitat de tenir presents simptomatologies de presentació menys freqüents de la COVID-19 i les limitacions dels mètodes actuals de diagnòstic.

MOTIU DE CONSULTA

Noi de 12 anys d'edat que acut acompanyat per la seva mare a consultes externes de psiquiatria derivat de la seva psicòloga per símptomes ansiós-depressius.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Sabadell. Conviu amb pares i una germana 3 anys major que ell. Va estar amb els avis fins a preescolar. Estudiant primer curs d'educació secundària obligatòria. Bon rendiment acadèmic tot i que acostuma a necessitar ajuda de la mare en algunes tasques, habitualment confon les v/b i s'oblida de posar majúscules quan és necessari. Li agrada patinar, practica atletisme dos cops per setmana. Quan té temps lliure, passa moltes hores amb el mòbil i l'ordinador.

Familiars: Familiar de segon grau amb trastorn de l'espectre de l'autisme d'alt funcionament.

Sómato-quirúrgics: Fruit de gestació controlada, amenaça de part prematur per pielonefritis i antibioteràpia materna, tot i finalment haver tingut un part eutòcic (40 setmanes, pes 3300g). Sense alteracions en el període neonatal. No consten alteracions del desenvolupament psicomotriu ni del llenguatge, ni tampoc

endarreriment en les fites de desenvolupament. Vacunes correctes segons el calendari vacunal. Vacunació antipneumocòccica conjugada completa, així com meningococ B i VPH.

Sense al·lèrgies medicamentoses. Va precisar un ingrés hospitalari a l'any de vida per gastroenteritis per rotavirus i bronquiolitis per virus respiratori sincitial. Va patir una pneumònia atípica als 6 anys (2014).

En seguiment pel servei de digestiu per possible síndrome de l'intestí irritable (amb deposicions diarreiques habituals inicialment atribuïdes a estrès), i per malaltia celíaca (portador d'HLA DQ2, fa dieta sense gluten). Prèviament intolerància a la lactosa i a la goma de xantana (E-415). Realitza també controls per pneumologia per rinoconjuntivitis al·lèrgica, així com per otorinolaringologia per epistaxi de repetició i vertigen paroxíctic benigne.

Psiquiàtrics: A tercer de primària va haver de fer un canvi d'escola per necessitats de la germana i va patir bullying. La situació va millorar a sisè després de que hagués fet sessions de psicoteràpia, prèviament només havia fet alguna visita esporàdica amb psicòloga de referència per treballar la relació amb la seva germana.

Presenta anticipació ansiosa als exàmens des de que ha passat a l'institut, amb episodis de plor quan ha d'estudiar. És molt lent fent els deures i enguany ha abandonat l'atletisme per tenir més temps per als estudis, ja que s'angoixava per fer les tasques escolars durant la setmana. No s'ha sospitat en cap moment des de l'escola ni de la seva psicòloga referent un trastorn de l'aprenentatge.

Destaquen trets de personalitat amb elevada autoexigència (modulada per exigència paterna), manca d'autoestima i susceptibilitat als comentaris que li puguin fer terceres persones sobre ell.

En els darrers mesos de 2019 presentava angoixa amb empitjorament de les alteracions de concentració, tendència a la tristesa davant contingències ambientals, queixes d'augment de diarrees i mals d'esquena, idees autolesives en moments d'augment d'ansietat de les quals en feia correcta crítica, i insomni que es va solucionar des de que va començar a dormir amb la mare. Al novembre de 2019, el

pacient va patir una crisi de pànic mentre estudiava i posteriorment, un altre episodi reactiu a conflicte agut amb la germana. Va precisar atenció a urgències, moment en el qual es va orientar el diagnòstic com a quadre depressiu, pantant-se sertralina diària amb clorazepat dipotàssic 2,5mg/12h i psicoteràpia al CSMIJ. El pacient va continuar paral·lelament amb psicoteràpia particular.

A l'inici del 2020, el pacient realitza la primera visita al nostre centre per persistència de simptomatologia ansiós-depressiva. Es va optimitzar progressivament la sertralina fins a 100mg/dia i es va retirar el clorazepat del matí.

Conductes addictives: Pren cafè descafeïnat i begudes de cola esporàdicament. Nega altres.

Tractament habitual: Sertralina 100mg 1-0-0, Clorazepat dipotàssic 2,5mg 0-0-1. Psicoteràpia d'orientació cognitivo-conductual

PROCÉS ACTUAL

En visita de seguiment (17 d'abril de 2020) en context de confinament per pandèmia de la COVID-19, el pacient presenta ansietat i augment de preocupacions en relació als estudis, moments de bloqueig, inseguretat, anticipació en quant a la incapacitat d'abordar els estudis, augment dels errors, així com por irracional a suspendre el curs tot i haver obtingut bones notes al segon trimestre i més necessitat d'ajudes externes per part de la mare per les tasques acadèmiques. Al mateix temps, presenta hiperfàgia amb ingestes compulsives i augment ponderal, fet pel qual han començat a posar-li límits en l'alimentació, però li costa controlar-ho i presenta irritabilitat davant reconduccions en aquest aspecte. Prèviament, havia començat a prendre melatonina però, tot i adormir-se ràpid, refereix mal descans nocturn i son fragmentat. Havia tingut cefalees, diarrees i erupcions dèrmiques inicialment atribuïdes a l'estat de nerviosisme. S'optimitza la dosi de sertralina a 150mg/dia.

En la següent visita de seguiment, presenta múltiples símptomes somàtics pels que havia precisat atenció al servei d'urgències. Dos membres més de la família (mare i

germana) inicien una simptomatologia similar, amb posterioritat, però de característiques més lleus.

Exploració psicopatològica: Pacient vigilant, conscient i orientat auto i al·lopsíquicament, contacte sintònic, aspecte cuidat, col·laborador i abordable. Contacte visual i conducta adequats. Comunicatiu. No presenta alteracions del llenguatge ni de la psicomotricitat. No aparent hiperactivitat, impulsivitat ni tendència a la distracció. Refereix ansietat psicofísica i tendència a rumiar. Nega crisis de pànic des de fa mesos ni agorafòbia. Nega pors ni clínica obsessiva-compulsiva. Ànim baix reactiu, sense variabilitat circadiana ni estacional. Queixes somàtiques i de concentració i atenció. Preocupacions hipocondríiques congruents i aparentment proporcionades a la seva situació vital. Sentiments d'incapacitat, desesperança i pensaments negatius de futur. Hipohedònia. Dificultats subjectives per a mantenir el rendiment en les tasques acadèmiques. Augment de sensibilitat i susceptibilitat a comentaris realitzats per tercers. Empitjorament de dificultats relacionals en domicili les darreres setmanes. Refereix també mal humor en context de malestar somàtic. No clínica psicòtica. Insomni referit. Hiperfàgia ansiosa. Nega idees d'auto/heteròlisi ni de mort. Judici de realitat conservat. Consciència de malaltia present.

EVOLUCIÓ

El pacient ha precisat múltiples consultes a urgències de diferents hospitals per símptomes diversos (veure taula 1), sense assolir una resolució completa del quadre actual.

En una de les visites a urgències de pediatria, el pacient va ser valorat també pel servei de psiquiatria. Aquesta valoració recull una milloria de la clínica depressiva i ansiosa des de l'optimització de sertralina, amb millor control de l'ansietat flotant, milloria de l'ànim i l'apatia. Després de diversos processos intercurrents probablement vírics, en els dies previs (menys d'una setmana) presentava hiporèxia, astènia, anèrgia, abandonament d'activitats que li agraden, insomni i episodis de

dolor toràctic, dispnea i desrealització puntuals. La valoració conclou que, tenint en compte la milloria psicopatològica coincidint amb l'ajust de la sertralina i els pocs dies d'evolució dels símptomes actuals, no queda clar que el quadre sigui degut a un empitjorament psiquiàtric i s'augmenta el clorazepat, mantenint la sertralina igual en espera d'evolució.

Al seu torn, el pacient descriu els símptomes físics actuals com a diferents dels que havia presentat en les crisis d'angoixa prèvies o en moments de nerviosisme o estrès i es mostra preocupat perquè al tenir un diagnòstic psiquiàtric "no li feien cas del que li passava i ho atribuïen a la seva imaginació". Referia sentiments d'impotència i frustració, i una major preocupació pel rendiment escolar al trobar-se malament. El pacient va mentir ocasionalment (simulant febre quan no en tenia o dibuixant-se petèquies) com a mitjà de demanda d'ajuda i atenció després de set visites a urgències per persistència de febrícula i malestar amb altres símptomes sobreafegits.

Finalment, degut al context de pandèmia i a que la millora ansiós-depressiva després d'augmentar la medicació venia acompanyada de persistència de símptomes físics, es va sol·licitar frotis per PCR de SARS-CoV-2 donada la presència de clínica compatible, el qual va resultar negatiu. El pacient va ser donat d'alta a domicili per no presentar signes de gravetat.

Posteriorment, el pacient realitza un ingrés de dues setmanes a pediatria (maig-juny) per a l'estudi de diarrees i dolor abdominal, coordinant-se el cas amb psiquiatria. Les exploracions complementàries resulten normals (calprotectina, sang oculta en femta, antígens i toxina *C. difficile*, coprocultiu, paràsits, sediment urinari, analítiques, hormones tiroidees, gastroscòpia i colonoscòpia amb biòpsies, PCR i serologies COVID-19) tret d'esteatosi hepàtica. Durant l'ingrés, presenta episodis intermitents de visió borrosa (exploració neurològica i oftalmològica amb fons d'ull normal) i episodis de prurigen amb exanemes evanescents que s'autolimiten. També va presentar un episodi de 24-36h consistent en somnolència, desorientació transitòria, apràxies i alteracions de la memòria recent atribuït a la introducció de clonazepam i retirada de clorazepat. En aquest context, es va retirar tota la medicació psiquiàtrica.

Després de l'ingrés, no ha tornat a tenir conductes de crida d'atenció i ha mantingut l'estabilitat psicopatològica tot i la retirada del tractament psicofarmacològic, mantenint-se únicament amb les visites de psicoteràpia. Presenta menys hiperfàgia, menys irritabilitat i milloria del son, i les preocupacions milloren amb distracció.

Actualment, es troba pendent d'iniciar seguiment en consultes postcovid de pediatria en hospital de referència, degut a la persistència de símptomes físics de menor intensitat però amb repercussió en la seva vida diària.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(309.28) Trastorn adaptatiu amb ansietat i estat d'ànim deprimit.

DISCUSSIÓ

El cas exposat tracta d'un noi de 12 anys en tractament per simptomatologia ansiosa que posteriorment presenta malestar emocional per símptomes físics en context de possible COVID-19. Els símptomes d'infecció es prolonguen en el temps, motiu pel qual el pacient freqüenta urgències, arribant a manipular els propis símptomes en context de frustració davant la manca de milloria. Finalment, acaba hospitalitzat i se li realitzen exploracions complementàries que no mostren cap significació. Durant l'ingrés, en què també té una síndrome confusional atribuïda a l'ús de clonazepam, se li retira tota la medicació. Després de l'alta mèdica, roman sense fàrmacs i sense empitjorament psicopatològic. Tot i això, els símptomes físics es mantenen.

Aquest cas mostra la rellevància de realitzar un diagnòstic diferencial adequat davant símptomes físics canviants que podrien ser confosos amb somatitzacions ansioses, descartant sempre una etiologia somato-quirúrgica.

Inicialment, s'atribueix al pacient un quadre d'ansietat donades les moltes variables que podien incidir en el seu trastorn de base (estressors diversos: situació de confinament, convivència a casa, incertesa de l'estat d'alarma, canvis acadèmics,

síntomes canviants i malestar físic persistents, sentir-se jutjat pel sector mèdic en les nombroses valoracions a urgències, així com sensació de no acompanyament per part del sistema). Es sol·licita al servei de psiquiatria descartar somatitzacions ansioses i malaltia autoinflingida (factícia) o via parental (Munchausen per poders) donada la freqüentació a urgències i els símptomes variants. El fet que sigui un pacient adolescent posa de rellevància també la necessitat de fer una anàlisi funcional a nivell relacional i una valoració sistèmica del seu estatus de malalt.

El pacient és estudiat a nivell mèdic i tractat en diverses ocasions pels quadres que presenta, fins atribuir-se els símptomes en conjunt com a compatibles amb la COVID-19, tot i presentar PCR negativa.

Ha estat important en l'evolució obtenir la validació d'aquesta constant frustració del pacient mitjançant el contacte amb persones amb símptomes similars a través de l'Associació de malalts #Covidpersistent. Aquesta associació compta amb més de 600 malalts afectats per simptomatologia lleu-moderada persistent que reclamen un seguiment multidisciplinar (entre d'altres: virologia, infeccioses, pneumologia, reumatologia, malalties neuromusculars i atenció primària).

Adicionalment, la derivació final a l'hospital de referència per a l'inici de consultes de seguiment especialitzades en símptomes post-COVID-19 ha comportat un augment en l'esperança de millora del propi pacient i de la seva família.

Sens dubte el gran repte del cas escollit és l'abordatge holístic i interdisciplinar, així com el diagnòstic intrafamiliar i individual.

CONCLUSIONS

- És essencial estudiar la causa orgànica dels símptomes somàtics que poden presentar els pacients abans d'atribuir-los a patologia psiquiàtrica per poder oferir-los el tractament més adient. En aquest sentit, l'estigmatització de les malalties psiquiàtriques entorpeix el correcte diagnòstic d'altres malalties.
- Encara desconeixem molta informació sobre la nova infecció per COVID-19: són diferents els símptomes i la transmissió dels nens, adolescents i adults?

Quin és el mecanisme de persistència dels símptomes després de la infecció?
Quant de temps dura la immunitat generada per la infecció? Produeix la COVID-19 símptomes neuropsiquiàtrics o reaccions a psicofàrmacs diferents a les habituals?

- En un context de pandèmia mundial per COVID-19, és important no descartar la possibilitat que, davant d'una simptomatologia poc freqüent es pugui tractar igualment d'un cas positiu. Els criteris de sospita diagnòstica van evolucionant a mida que es van identificant i estudiant més casos.
- Els resultats dels mètodes de diagnòstic de confirmació de COVID-19 per PCR o serologia poden dependre del moment de recollida de la prova.

REFERÈNCIES

[1] Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res.* 2020 09;291:113264.

[2] Yoldas MA, Yoldas H. Pediatric COVID-19 Disease: A Review of the Recent Literature. *Pediatr Ann.* 2020 Jul 1;49(7):e319-e325.

[3] Ludvigsson JF. Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. *Acta Paediatr.* 2021 Mar;110(3):914-21.

[4] Weisberg SP, Connors TJ, Zhu Y, Baldwin MR, Lin WH, Wontakal S, et al. Distinct antibody responses to SARS-CoV-2 in children and adults across the COVID-19 clinical spectrum. *Nat Immunol.* 2021 01;22(1):25-31.

Data	Simptomatologia	Exploració i proves complementaries	Diagnòstic i tractament prescrit
12/03/20	Febre, tos, mucositat, astènia, mareig i cefalea.	A l'exploració presentava orofaringe hiperèmica amb exudat mucoide en càvum.	S'orientà com a <i>nasofaringitis</i> aguda i es va pautar repòs, hidratació, i paracetamol si febre > 38°.
15/03/20	Tos, dolor hemitòrax dret, odinofàgia, febre de 48h (màxim 38°), deposicions diarrièques, sense milloria amb salbutamol i fluticasona.	Sibilants teleespiratoris (4h post administració de salbutamol)	S'orientà com a <i>laringo-traqueo-bronquitis</i> i es va pautar salbutamol 5 inh/4-6h, azitromicina 500mg/24h x3 dies i paracetamol 650mg.
28/04/20	Malestar general, mareig, diarrees d'una setmana d'evolució (3-4 deposicions al dia) inicialment aquoses i després més pastoses, així com episodis d'epistaxi freqüent (fins a 4/dia).	Exploració física anodina. Analítica amb limfòcits 45.9%, ALT 62 U/L, resta dins dels valors normals.	S'orienta com a <i>gastroenteritis aguda</i> i es recomana hidratació abundant i control al CAP.
30/04/20	Cansament, malestar general, febrícula intermitent, dispnea, palpitations, cefalea, epistaxi, dolor toràcic. En les darreres 48h malestar, mareig, estat absent, distret i confós, astènic, hiporèxic, malsons, agèusia, nàusees i vòmits.	Exploració física amb marxa lenta però sense inestabilitat, resta anodí.	S'orienta com a probable període post-virasi coincidint amb confinament per COVID-19 . Valoració per psiquiatra d'urgències: no sembla que actualment la clínica s'atribueixi a empitjorament psiquiàtric . S'ajusta cloracepat a l'alça, mantenint sertralina igual a l'espera d'evolució.
01/05/20	Febre de 4 dies d'evolució, dolor toràcic, mucositat, epistaxi, tremolors, diarrees intermitents, astènia, agèusia i anòsmia.	Lesions cutànies en cara interna de la cuixa esquerra. No petèquies. Radiografia de tòrax: engruïment peribronquial lòbul inferior esquerre, sense condensació.	S'orienta com a possible infecció per COVID-19 i es recomanen mesures d'aïllament, paracetamol, azitromicina 500mg/24h x5d i control al CAP.
2/05/20	Febre de fins a 40° i dificultat respiratòria de 24h així com dolor toràcic, malestar, diarrea, cefalea, miàlgies en la darrera setmana.	ECG sense alteracions. Exploració anodina.	S'orienta com a infecció vírica (probable COVID-19 per ambient epidemiològic) i ansietat sobreafegida.
5/05/20	Febre, astènia i lesions cutànies purpúriques en cames d'entre 2-6mm. Reconsulta a les poques hores amb lesions també en abdomen. Derivat a hospital on descarten petèquies.	Serologies IgM i IgG negatives. Analítica leucòcits 8.1, N 41.5%, L 46%, plaquetes 220.000 Troponina i D-dimer negatius. Sediment negatiu. Frotis PCR SARS-CoV-2 negatiu.	Inicialment s'orienta com a vasculitis viral i sospita de COVID-19 en període finestra . Febre. Sospita de COVID-19.
21/05/20	Vòmit aïllat i dues deposicions normals amb sang. Depositions dispèptiques en el darrer mes.	Coproculius i paràsits negatius. Analítica ALT 51, Limfòcits 3.9, Neutròfils 5.4	S'orienta com a <i>hematoquècia</i> . Es pauta hidrocortisona + isopropilbenzatropina rectal.
24/05/20	Dolor centretoràcic, dispnea, deposicions toves amb productes patològics, dolor abdominal i pèrdua ponderal.	Lleu dolor a la palpació de flanc i fosa ilíaca esquerra. Radiografia de tòrax i ECG normals.	Possible <i>virasi, enteritis, dolor toràcic</i> sense símptomes de gravetat.
7/06/20	Tumefacció dolorosa en canells i turmells. Lesions evanescents eritematoses en cames.	Exantema eritematós cara interna de la cuixa que desapareix a la pressió. Afta oral. Artràlgies a la palpació de diferents articulacions.	<i>Artràlgies en context de quadre digestiu de probable origen viral.</i>
8/06/20	Primer episodi de cefalea hemicraneal esquerra amb sono i fotofòbia.	Exploració física anodina. No edemes ni signes d'artritis.	<i>Cefalea migranyosa</i> que millora amb metamizol.

Taula 1. Resum de les consultes a Urgències degut als diversos símptomes físics presentats en l'evolució.

Diari d'una guerrera: trastorn de conducta alimentària i COVID-19

El Trastorn d'evitació i restricció de la ingesta d'aliments, conegut amb les sigles en anglès ARFID (Avoidance Restriction Food Intake Disorder) és un dels trastorns alimentaris més freqüents en població infanto-juvenil. L'ARFID s'ha afegit en la darrera versió del DSM (DSM 5) i es caracteritza per clínica restrictiva i selectiva, sense insatisfacció de la imatge corporal ni preocupació pel pes. S'han descrit tres dimensions psicopatològiques segons el motiu de rebuig del menjar: poc interès, sensibilitat



sensorial i pors, les quals s'han de tenir en compte pel seu abordatge terapèutic. A continuació, presentem el cas d'una nena amb ARFID que durant la crisi sanitària per COVID-19 ha patit un empitjorament clínic degut a la por al contagi del virus.

MOTIU DE CONSULTA

Nena de 9 anys que es vincula a la unitat de TCA per negativa a la ingesta.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Segona de dos germans, viu amb els pares i el germà (19 anys). Bona relació familiar. Està cursant 5è de primària amb bon rendiment. Sense problemes en l'aprenentatge. Bona adaptació socio-escolar, té amigues íntimes. Fa castellers i és l'enganeta.

Familiars: Sense antecedents familiars.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Sense antecedents somato-quirúrgics d'interès. Embaràs sense alteracions, part vaginal a terme. Adquisició de fites del neurodesenvolupament en normalitat cronològica.

Psiquiàtrics: Sense antecedents psiquiàtrics previs. La descriuen com una nena amb temperament ansiós molt sensible a estressors ambientals i tímida.

Conductes addictives: No en presenta.

Tractament actual: Sense tractament habitual.

PROCÉS ACTUAL

Nena de 9 anys que realitza el primer contacte a l'hospital, via urgències, a l'octubre del 2017. Derivada pel pediatra del CAP per negativa a la ingesta de sòlids d'un mes d'evolució, amb pèrdua de pes acompanyant (1kg en 15 dies). La pacient és valorada pel pediatra de guàrdia. A l'exploració no s'objectiva febre. Neguen sensació d'impactació del menjar, no presenta dolor a la ingesta de líquids, refereixen odinofàgia per sòlids amb predomini esquerre, sialorrea i expulsió de la saliva freqüent, plor abans dels àpats. No canvis de veu ni dificultat respiratòria. La pacient realitza 1-2 deposicions diàries i té la diüresi conservada. Recomanen paracetamol si té dolor en les ingestes, hidratació abundant, i la deriven a consultes externes de gastroenterologia i otorrinolaringologia de l'hospital per estudi.

La pacient és valorada per otorrinolaringologia, que descarta patologia aerodigestiva alta donada l'exploració anodina. No presenta dispnea ni vòmits, ni sialorrea. No veuen necessitat de realització d'altres proves complementàries ni seguiment. L'exploració per gastroenterologia també va ser anodina sense clínica de reflux gastro-esofàgic.

La família reconeix ennuegament amb una salsitxa com a desencadenant de la negativa a la ingesta que, inicialment, era a sòlids i, posteriorment, també a líquids. L'únic sòlid que menja és la xocolata. Des de llavors, només ingesta de triturats. Pèrdua de 3 kg de pes en 2 mesos.

Sol·liciten endoscopia amb biòpsia per estudi que és normal, tant macro com microscòpicament. Deriven a la unitat de TCA per sospita de un component psicològic de la negativa a la ingesta, on té la primera visita el març del 2018.

Exploració psicopatològica: Es mostra inquieta i nerviosa. Elevada inhibició. Poc comunicativa de forma espontània, però col·laboradora. No impressiona de clínica depressiva franca, però presenta irritabilitat. Els pares expliquen que, des de sempre, ha estat 'mal menjadora', selectiva i lenta. No li agrada el peix, la verdura ni la fruita. Comenten que les ingestes són escasses des de sempre per hipersensibilitat (textura i olors) i per desinterès: no li agrada la textura cremosa, segons la mare mai té gana, si a vegades té gana i obra la nevera no agafa res perquè veu massa menjar, també li molesta l'olor de determinats menjars. No fan referència a problemàtica al mastegar. Des de fa uns mesos, s'afegeix por d'ennuegar-se en la ingesta i ofegar-se. Neguen crisis d'ansietat. No presenta desig de pèrdua de pes ni por a la recuperació. Nega por a desenvolupar-se. Nega preocupació de la imatge corporal. No explica clínica obsessiu-compulsiva. No presenta insomni. Consciència adequada de malaltia amb motivació pel canvi.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Al mes de març de 2018 es realitza exploració psicomètrica on, tant la clínica depressiva (CDI; *Children's Depression Inventory*) com l'ansiosa (STAI-CH; *State-Trait Anxiety Inventory for Children*), no són significatives clínicament. Es valoren les pors a través de la FSSC-R (*Fear Survey Schedule for Children - Revised*) (Total: 146, nivell alt de pors) on és clínicament significatiu en les subescales de: pors mèdiques (9, nivell alt), perills físics i mort (29, nivell alt), i por allò desconegut (38, nivell alt). Es realitza l'entrevista K-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*), on es conclouen diagnòstics de ARFID (*avoidant restrictive food intake disorder*) i Trastorn d'ansietat generalitzada. Escala d'Avaluació Global Infantil (CGAS): 40/100.

El 3 d'abril de 2020 es revalora l'ansietat (STAIC-Estat=44, pc97) que és significativa clínicament i molt major respecte l'avaluació de 2018.

El 16 de juny de 2020 es revalora l'ansietat (STAIC-Estat=41, pc90 i l'STAIC-Tret=46, pc90) que es manté clínicament significativa però que ha disminuït respecte la d'abril del 2020. Es revaloren les pors a través de la FSSC-R (total 122, nivell alt de pors) que ha disminuït respecte l'avaluació inicial de 2018. Essent les subescales significatives clínicament: por a perills físics i a la mort (32, nivell alt) i pors mèdiques (7, nivell alt).

EVOLUCIÓ

En la primera visita a la unitat de TCA s'explica als pares i a la nena que el tractament és l'exposició progressiva als aliments per reduir l'ansietat i la por. S'acorda amb la nena iniciar exposició amb aliments que menjava abans de l'aparició de la por i que ella mateixa tingui interès d'introduir. Es realitza jerarquia d'aliments per exposició. S'inicien exposicions amb infermeria guiades per psicologia amb bona evolució clínic. Valorada per gastro-nutrició al juny de 2018 on li donen alta per millora clínic, tant en ingestes com de pes (recuperació de 3,5 kg respecte la primera visita). És donada d'alta de la unitat de TCA al setembre de 2018 per bona evolució, generalització a domicili de les exposicions, i manteniment de la millora clínic durant l'estiu i l'inici escolar. Es deriva al CSMIJ de zona per a seguiment.

Al març de 2019 torna a consultar a urgències per negativa a la ingesta de sòlids d'un mes d'evolució després d'un episodi d'ennuegament amb arròs. Els pares expliquen que inicialment era capaç de menjar triturats, però que des de feia 2 dies es negava a la ingesta de sòlids, motiu pel que consulten a urgències. Es realitza electrocardiograma i analítica que són normals. No presenta pèrdua de pes. Es vincula de nou a la unitat de TCA.

Es reinicien exposicions amb infermeria guiades amb psicologia. Abans de les exposicions es realitzen tècniques de relaxació amb àudios i respiració diafragmàtica, així com la pràctica de *mindfulness* en les que la nena participa activament. També realitza exposicions grupals que la nena tolera i valora positivament. Lenta i

progressivament augmenta la ingesta de sòlids, però mantenint por a empassar i conducta evitativa vers a determinats aliments (arròs, carn...). Els pares refereixen ansietat que afecta a les ingestes. Es deriva a psiquiatria per a valoració de tractament farmacològic.

Valorada per psiquiatria a l'agost del 2019. Refereixen ansietat abans de les ingestes i manteniment de la fòbia a l'ennuegament tot i les tècniques de relaxació, *mindfulness* i teràpia d'exposició amb prevenció de resposta setmanal. A la exploració psicopatològica la pacient es mostra eutímica, sense clínica obsessiva, sense tics ni crisis d'ansietat. Es troba pendent de canvi escolar, per finalització de primària i inici d'institut (1r ESO). La mare refereix que els canvis i l'ansietat afecten les ingestes. Es proposa ingrés a hospitalització parcial, que accepten.

L'hospitalització parcial permet observació i acompanyament de la nena abans, durant i després de les ingestes. També es realitzen exposicions amb la família supervisades i guiades per infermeria. Es registra el nivell d'ansietat/por previ-post a les sessions d'exposició amb el qual s'objectiva que tot i que l'ansietat/por referida per la nena és molt variable en funció del context (lloc i persones presents) i el tipus d'aliment. Hi ha un predomini d'ansietat psíquica i anticipatòria per por a l'ennuegament abans de les exposicions. S'administren 2,5 mg de clorazepat dipotàsic abans de les ingestes i exposicions, però la nena ho rebutja per por a la ingesta del líquid amb el fàrmac. Es realitza canvi a diazepam 2,5 mg sublingual amb millor tolerància en la presa però sense resposta segons informa la nena, pel que es retira. És valorada per gastro-nutrició per estancament pondoestatural i recomanen realitzar suplement nutricional amb batuts. Es planteja la necessitat de col·locació de sonda nasogàstrica (SNG) i es realitza estudi de malaltia celíaca.

Tot i que l'evolució a hospitalització parcial és tòrpida, amb una progressió lenta de l'afrontament a aliments i amb dificultats en la generalització a domicili, finalment millora l'ansietat i la por sense requerir tractament farmacològic i aconsegueix una recuperació de pes sense necessitat de col·locació de SNG. Es confirma malaltia celíaca que podria explicar part de l'estancament pondoestatural. Al desembre de

2019 es dona d'alta hospitalització parcial i es deriva a consultes externes per a seguiment.

A la primera visita post-alta d'hospitalització parcial (gener de 2020) es planteja la realització del 'diari de la guerrera' perquè la nena pugui registrar exposicions i puntuar-les amb el grau de facilitat/fortalesa. L'objectiu és empoderar a la nena, augmentar la implicació i motivació en el tractament, i realitzar reforç positiu en visites a través del diari. La nena ho accepta i dibuixa una guerrera a la portada (dibuix adjunt).

La nena manté tendència a la millora fins març de 2020 que, coincidint amb l'estat d'alarma per la COVID-19, reinicia clínica ansiosa, aquest cop vinculada a la preocupació de poder emmalaltir pel virus. Reapareixen les pors, aquesta vegada sense episodi d'ennuegament, però tornant a afectar a les ingestes. Reinicia restricció i negativa a la ingesta de sòlids pel què els pares tornen a iniciar l'administració de triturats. Expliquen ansietat, inquietud i actitud evitativa (evitant sortir al balcó/carrer o relacionar-se amb familiars) associada amb la por a emmalaltir per la COVID-19. Davant la impossibilitat de realitzar exposicions a l'hospital de forma presencial, s'inicia tractament amb fluoxetina 10mg/dia (abril de 2020) que la nena accepta i tolera. Progressivament, és la nena qui rebutja els triturats preferint les ingestes normalitzades mantenint però, la por al contagi del virus i la conducta evitativa de sortir al carrer tot i en fases de 'desconfinament'. Es recomana als pares realitzar sortides al carrer i acompanyament emocional de la nena davant de la por. Es realitza psicoeducació de la por amb la nena via telefònica i amb suport audiovisual, es repassen tècniques de relaxació i *mindfulness*. Es recomana que utilitzi el 'diari de la guerrera' per a 'dipositar les pors', del qual en fa valoració positiva. En el moment actual (juny de 2020), existeix millora de l'ansietat i millora completa de les ingestes, sense evitació d'aliments ni negativa a sòlids, sense necessitat de triturats. Tot i que manté una certa por a emmalaltir pel virus, és capaç de sortir al carrer, fins i tot aconsegueix anar a l'hospital a una visita presencial. La nena esdevé una guerrera en temps de COVID-19.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(307.59) *Trastorn d'Evitació Restricció de la ingesta d'aliments (ARFID=Avoidant Restrictive Food Intake Disorder).*

(300.02) *Trastorn d'ansietat generalitzada.*

DISCUSSIÓ

El present es tracta d'un cas d'ARFID de predomini de la dimensió de la por amb comorbiditat de TAG. Es tracta d'una nena amb restricció i selecció alimentaria prèvia que durant l'evolució presenta dos episodis d'ennuegament que s'associen a una agudització de la reducció de la ingesta a sòlids amb disminució de pes. El segon episodi és més greu, requerint hospitalització parcial i valoració per part de gastro-nutrició per estancament pondoestatural, amb una evolució més tòrpida i recuperació més lenta que el primer episodi. Durant l'estat d'alarma per la crisi sanitària per la COVID-19, la nena protagonitza una reaparició de les pors i ansietat que aquest cop estan associades al possible contagi pel virus, afectant les ingestes, amb restricció i selecció, sense ennuegament previ. En aquest moment, en el que les exposicions no són possibles, s'inicia tractament farmacològic que permet una millora de la simptomatologia alimentaria que atribuïm a la millora de l'ansietat.

En un estudi recent, en revisió per a publicació, s'ha descrit que els pacients amb ARFID mostren la clínica ansiosa a través de pors, aspecte que caldria tenir en compte alhora de realitzar un pla terapèutic adequat i complert per aquests pacients. L'ansietat, en aquest cas, s'ha fet especialment evident durant l'estat d'alarma, i la por, la qual seguia afectant la ingesta, estava relacionada a un esdeveniment sense associació al procés alimentari. El cas exposat ha requerit d'una intervenció multidisciplinària, tant d'infermeria, com de psicologia i psiquiatria, així com d'un acompanyament i suport per part de la família.

El confinament a domicili imposat per l'estat d'alarma ha suposat per a pacients adults amb TCA un empitjorament de la simptomatologia alimentària i aparició de clínica ansiosa i malestar. En aquest cas concret, hem observat un empitjorament

inicial de la clínica relacionat amb la COVID-19, però amb una evolució favorable posterior que atribuïm a diversos factors protectors relacionats amb el context del confinament. En primer lloc, els pares han estat confinats al domicili familiar sense horaris laborals, fet que ha representat major suport i accessibilitat dels pares per part de la nena i major implicació familiar en el tractament (els pares preparen plats i menús, àpats en família, administren tractament farmacològic...). En segon lloc, la no assistència escolar que ha representat una disminució de l'estrès escolar. I en tercer lloc, la teleassistència ha permès un major accés a professionals de la unitat de TCA (e-mail, portal del pacient, trucades, videotrucades) i major disponibilitat de la nena en el tractament (ús de material audiovisual enviat i del 'diari de la guerrera'...) que ha facilitat el treball psicoeducatiu i terapèutic. L'inici del tractament farmacològic també ha estat un element important, ja que ha reduït l'angoixa i la por, millorant la conducta alimentària. Altres factors protectors no relacionats amb el confinament serien el treball previ realitzat amb la nena que la converteix en 'pacient experta' i la bona vinculació amb l'equip terapèutic que ha permès un bon seguiment, tractament i suport a distància.

CONCLUSIONS

- L'ARFID ve acompanyat moltes vegades d'ansietat. És important detectar la comorbiditat ansiosa per a poder fer un abordatge complet d'aquests casos.
- Els casos d'ARFID amb predomini de la dimensió ansiosa poden haver empitjorat durant l'estat d'alarma per COVID-19, donat l'increment de les pors, que en aquest context poden estar relacionades amb la por a contagiar-se i a emmalaltir pel virus.
- Els principals factors protectors de la població pediàtrica amb TCA durant el confinament han estat l'augment de l'acompanyament familiar i la disminució de l'estrès escolar.

REFERÈNCIES

- [1] Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014;2(1):1–8.
- [2] Serrano-Troncoso E, Cañas L, Carbonell X, Carulla M, Palma C, Matalí J, et al. Diagnostic Distribution of eating disorders: Comparison between DSMIV- TR and DSM-5. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2017;45(1):32–8.
- [3] Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8).
- [4] Cañas L, Palma C, Molano A, Domene L, Carulla M, Cecilia-Costa R, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population. In Review.
- [5] Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(3):239–45.

Recaiguda en els trastorns de conducta alimentària durant el confinament

El període de confinament ha suposat un trasbals per a la població general i en particular per a les persones amb malalties mentals. En el cas dels TCA s'ha vist un clar increment de debuts de la malaltia, així com un empitjorament de la clínica en aquells que ja presentaven el trastorn. Les hores lliures, el bombardeig de missatges per les xarxes socials centrats en el menjar i l'esport a casa semblen ser les causes. Aquí presentem un cas demostratiu d'aquest empitjorament.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 25 anys derivada des del CAP per a valoració de quadre de TCA d'anys d'evolució.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Barcelona. Menor de quatre germans, viu amb la seva mare i dos dels seus germans. El seu pare viu en una altra comunitat. Estudis de direcció d'hostaleria, treballa en empresa hotelera i realitza estudis de màrqueting. Adequat ajustament sociolaboral.

Familiars: Familiar de 2n grau amb possible TCA no diagnosticat i de 3r grau amb diagnòstic de trastorn psicòtic (esquizofrènia).

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Nega altres antecedents d'interès.

Psiquiàtrics: Inici de conductes restrictives als 13 anys. Sobre els 15-16 comença amb conductes purgatives i compensatòries (inducció del vòmit, activitat física intensa) que finalment deriven en ingrés d'un mes a centre privat. Posteriorment manté seguiment psicològic ambulatori durant aproximadament un any. Sense seguiment a la xarxa de salut mental des dels 17 anys, no ha tornat a realitzar ingressos ni

tractament farmacològic. Inici d'afartaments als 18 anys, seguits sempre de conductes purgatives (vòmits). Des de llavors fins a l'actualitat, ha anat fluctuant la gravetat de la clínica TCA però sempre ha mantingut un normopès.

Conductes addictives: Trastorn per consum de nicotina: consum d'unes 10 cigarretes/dia des dels 16 fins als 22 anys. Abstinència sostinguda des d'aleshores. Consum d'alcohol de baix risc. Nega consum d'altres tòxics.

Tractament habitual: Fluoxetina 20mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

Dona de 25 anys remesa des del CAP a l'abril de 2019 per empitjorament de la simptomatologia TCA. La pacient refereix descontrol impulsiu en forma d'afartaments en els últims mesos en context d'estrès laboral, motiu pel qual consulta a nivell privat on es recomana iniciar pauta actual de fluoxetina, amb disminució del nombre d'afartaments (3 per setmana actualment) i de l'ansietat psíquica. Des d'aleshores i al moment de la nostra valoració presenta alt grau d'insatisfacció amb la imatge corporal sense acomplir criteris per a distorsió i es troba en normopès. Realitza una hora d'exercici físic diari al gimnàs, presenta dificultats per a realitzar ingestes fora de casa (amb sensacions de vergonya i culpa) amb important augment de l'ansietat i necessitat d'augmentar l'exercici físic de manera compensatòria. Presenta cognicions anorexígenes que interfereixen en el rendiment cognitiu, caiguda de cabell i astènia. No presenta amenorrea, alteracions bioquímiques ni de l'hemograma, no fa ús de laxants ni diürètics, ni ha tingut cap complicació secundària als vòmits (hematèmesi, ruptura esofàgica).

Exploració psicopatològica: Conscient i orientada en les tres esferes. Contacte sintònic, aspecte cuidat, normopès. Abordable i col·laboradora. Euprosèxica, no s'evidencien dèficits mnèsics grollers. Subjectivament eutímica, objectivament manté la reactivitat de l'humor. Nega hipohedònia, apatia o pèrdua d'interessos. Discurs fluid i coherent sense alteracions formals. Dins el contingut, destaquen

cognicions anorexígenes amb fòbia ponderal i desig per major primesa. No s'evidencien cognicions depressives ni idees de mort. No s'evidencien alteracions de la sensopercepció. Consciència de malaltia parcial. Judici de realitat conservat.

EVOLUCIÓ

S'orienta el cas com un TCA de tipus Bulímia Nerviosa i s'ofereix programa ambulatori intensiu de freqüència setmanal en la nostra unitat especialitzada que la pacient accepta. A nivell farmacològic es decideix mantenir pauta de fluoxetina 20mg/dia. S'estableix un programa cognitiu-conductual amb objectiu de restaurar hàbits alimentaris saludables (regulació d'horaris) i supervisió de les ingestes. Es realitza psicoeducació i s'incideix en la importància de no realitzar conductes compensatòries dels afartaments (ni purgatives ni restringint les següents ingestes), com a forma d'evitar que es propiciïn nous episodis de descontrol de la ingesta. Es pacta així mateix reduir l'exercici diari a 30 min/dia amb compliment més o menys regular, ja que ocasionalment realitza exercici físic extra en forma d'abdominals com a manera de compensació. Inicialment presenta millora anímica i és capaç d'introduir, de manera controlada i amb supervisió externa, aliments que s'havia prohibit. Presenta millora de l'acceptació de la imatge corporal i reducció de les cognicions anorexígenes en freqüència i ansietat associada. També s'incideix en la importància de mantenir conductes i pes estables durant un temps prolongat perquè millorin de manera sostinguda. Progressivament, presenta una evolució favorable normalitzant les ingestes, mantenint un pes estable i no es produeixen afartaments ni conductes compensatòries (manté exercici regular de manera controlada), tot i reduir la supervisió externa i cedir el control de la cuina en els seus propis menjars. Un cop finalitza el programa intensiu, s'incorpora a una nova feina mantenint la remissió assolida, tot i que es detecten certes conductes de control sobre el menjar (no menja alguns tipus d'aliments per por al descontrol) i ocasionalment augmenta el temps diari dedicat a l'esport sense ser possible que redueixi el nombre de dies que va al gimnàs. No obstant això, manté ingestes regulars i no presenta afartaments ni conductes purgatives. Després de dos mesos de seguiment ambulatori amb visites

progressivament més espaciades, deixa d'acudir a les nostres consultes a finals de 2019. Consulta novament al maig de 2020. En aquests mesos s'ha independitzat, compartint pis amb una companya, i ha estat treballant fins que és acomiadada a l'inici del confinament per l'epidèmia de COVID-19 (treballa a l'hostaleria). A l'inici del confinament mantenia ingestes regulars, però amb elevat control, exercici físic regular (més intens que quan acudia al gimnàs a realitzar classes dirigides), pesos diaris i ha presentat cinc afartaments amb purgues posteriors. Ha suspès la fluoxetina i ha tornat a fumar diàriament. Es planteja tornar a casa de la seva mare, però no pot, per ser aquesta persona de risc en cas de contagi. Progressivament, durant el confinament presenta un empitjorament franc amb afartaments de majors quantitats (fins a 6000 kcal) i més freqüents (cada 3 dies), seguits sempre de conductes compensatòries, aquesta vegada vòmit i també restricció posterior. Realitza una dieta molt més restrictiva i sol·licita ingrés per necessitat de control extern de les conductes TCA. Es procedeix a fer ingrés complert a Hospital de Dia TCA.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(307.51) Bulímia Nerviosa, gravetat moderada.

DISCUSSIÓ

Presentem un cas de bulímia nerviosa que realitza un primer tractament ambulatori intensiu amb una evolució favorable, si bé sense arribar a la remissió completa, atès que persisteixen cognicions anorexígenes i conductes d'elevat control. No obstant això, manté una adequada estabilitat a nivell d'ingestes i absència d'afartaments, un normopès estable i aconsegueix normalitzar l'esfera social i laboral. En el context de l'epidèmia de coronavirus, la pacient pateix dos canvis ambientals importants: d'una banda, perd la feina, el que suposa un trencament en els seus hàbits alimentaris, i, de l'altra, no pot anar al gimnàs, incrementant l'exercici físic a casa a través de canals que s'han creat durant la pandèmia per realitzar esport d'alt impacte a domicili (sobretot a canals de Youtube i Instagram), sense supervisió ni horaris tancats. Això

ha provocat una recaiguda greu en una pacient en remissió parcial avançada que ha anat empitjorant i no s'ha detectat abans pel confinament. Si aquesta pacient hagués pogut veure la família, aquesta hagués pogut detectar els canvis en la dieta o l'estat anímic de la pacient. Dins de la complexa combinació de factors que ha provocat aquest canvi de direcció en l'evolució del trastorn alimentari, cal destacar alguns concrets.

D'una banda, la pèrdua de feina i el confinament a casa comporten un previsible empitjorament anímic i un augment dels nivells d'ansietat. És freqüent, dins dels TCA, que les situacions vitals estressants o que generen un empitjorament anímic derivin en un agreujament del trastorn, ja que la pacient tracta de compensar els sentiments d'inseguretat i la manca de control de la situació vital amb un major control sobre les ingestes i el pes, fet que comporta una sensació de gran gratificació. Aquesta restricció o augment de conductes compensatòries, al seu torn, deriva, inevitablement, en una major dificultat per evitar els afartaments en el cas de la bulímia (per reactivació del circuits relacionats amb la desnutrició).

D'altra banda, la pròpia situació de confinament produeix una ruptura total de les rutines i costums habituals de les persones que es veuen sotmeses a elles. Si bé és possible que inicialment pugui mantenir la regularitat dels horaris, i emprar el temps dedicat a rutines prèvies en noves activitats dins del domicili, això és progressivament més difícil a mesura que augmenta el temps de confinament. Aquest factor, sens dubte, pot afavorir que les ingestes siguin més irregulars, bé per canvis en l'horari o bé per tendència a picar entre hores. Ambdues situacions suposen un potencial factor de descontrol dels afartaments.

Un altre dels punts a tenir en compte, és que el mateix confinament pot augmentar les cognicions anorexígenes. Tots hem pogut veure com el menjar ha cobrat rellevància (inicialment per temor a desproveïments i després com a hobby a través de múltiples receptes o fotografies que es penjen a les xarxes socials, o com a excusa per poder sortir al carrer).

També s'ha recomanat fer exercici físic diari durant el confinament per mantenir una bona salut mental. Si bé això és un factor protector per a la població general, per

als pacients amb TCA pot suposar un risc de recaiguda. Per altra banda, la impossibilitat d'anar al gimnàs probablement generava una sensació de inseguretat en la pacient envers el control del seu pes i per això decideix iniciar exercici a domicili. Durant aquest temps s'han obert múltiples canals digitals d'exercicis d'alta intensitat a casa sense cap control ni educació prèvia. Això ha propiciat que la pacient, que prèviament anava al gimnàs com a conducta compensatòria però amb uns horaris limitats per classes i un entrenador que supervisava l'activitat, ara augmentés la freqüència i la intensitat de l'exercici sense cap control extern. Juntament amb això, el fet de no poder tornar a casa de la mare, qui suposava un important control extern d'aquestes conductes, ha fet que l'empitjorament seguís un curs molt més greu.

Finalment, cal esmentar que, a causa de la necessitat de minimitzar el contacte entre pacients i professionals per reduir la transmissió de virus i de la situació propera al col·lapse de sistema sanitari, els seguiments ambulatoris de totes les patologies alienes al coronavirus s'han realitzat majoritàriament de manera telemàtica i en ocasions han patit irregularitats, retards o canvis de professionals referents. Si bé aquesta pacient havia abandonat el seguiment prèviament a la situació de pandèmia, és molt probable que aquesta situació hagi augmentat el temps fins que ha consultat de nou a la xarxa de salut mental un cop s'ha produït la recaiguda. En d'altres casos, les i els pacients no han pogut accedir a l'ingrés a l'hospital de dia degut a les restriccions i normes sofertes per tal d'evitar contagis en aquest dispositiu (reducció de places per assegurar distància mínima entre elles durant l'estada) o bé han hagut de parar l'assistència als grups terapèutics que es realitzen a nivell ambulatori i que van ser suspesos . Les demores en les llistes d'espera i, en algunes ocasions, la reticència a acudir als serveis mèdics (tant per responsabilitat social fent cas a la crida de les autoritats sanitàries de no col·lapsar els serveis amb patologia no urgent, com per por a acudir a centres sanitaris que poden ser potencial font de contagi) ha comportat una major gravetat de les patologies dels pacients a l'hora de ser atesos.

CONCLUSIONS

- La situació de pandèmia deguda a la COVID-19 té la capacitat de produir, per si mateixa i de manera indirecta a través d'esdeveniments estressants (per exemple, pèrdua de feina), efectes importants a nivell anímic i d'ansietat, fet que, al seu torn, pot derivar en una desestabilització del TCA.
- Les mesures sanitàries adoptades per a frenar aquesta epidèmia han suposat un canvi radical en les rutines de les nostres pacients, la qual cosa pot derivar en el risc d'una desorganització d'horaris, perjudicial per a mantenir uns hàbits de vida saludables i necessaris per a l'estabilitat de la patologia. A més, l'augment de la importància que ha cobrat la dieta i l'esport en el nostre dia a dia a través de comunicats oficials i, de manera més important, a través de les xarxes socials, pot suposar un augment de les cognicions relacionades amb el TCA.
- L'aïllament social que ha suposat el confinament ha pogut provocar que les recaigudes en les pacients amb un TCA hagin estat més greus, ja que el nucli social més proper que sol incentivar la sol·licitud d'ajuda pot no trobar-se en el mateix domicili. Aquest mateix aïllament social amaga les conductes restrictives que progressivament es fan més greus i produeixen l'aparició de conductes purgatives.

REFERÈNCIES

- [1] Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2020 05;28(3):239-45.
- [2] Weissman RS, Bauer S, Thomas JJ. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *Int J Eat Disord.* 2020 05;53(5):369-76.
- [3] Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord.* 2020;8:19.

Delirium: poc diagnòstic i mal pronòstic

El delirium és un dels símptomes més freqüents que es manifesten en els pacients d'edat avançada hospitalitzats per COVID-19. La seva detecció i tractament suposen un repte en les condicions hospitalàries actuals. Ignorar la presència d'un delirium pot comportar un alt risc de mortalitat en aquests pacients.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient home de 78 anys que acudeix a urgències per tos i deposicions diarriques de 5 dies d'evolució i aparició progressiva en les darreres 24h de dispnea a mínims esforços.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Casat, conviu amb la seva dona. Pare de dos fills de 45 i 48 anys. Jubilant. Vida sedentària, surt poc de casa i no realitza les tasques al domicili. Familiars informen que mai ha sigut una persona molt activa en les feines de casa, però que en el darrer any ha incrementat la seva passivitat i la manca d'interacció social.

Familiars: Sense antecedents d'interès.

Sómato-quirúrgics: No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Diabetis mellitus tipus 2 en tractament dietètic i metformina (última hemoglobina glicada 6'1%); dislipèmia en tractament amb simvastatina 20mg/dia; HTA en tractament amb enalapril 5mg/dia. Adenocarcinoma de pròstata Gleason 8 cT2 pel què va requerir tractament radioteràpic i bloqueig hormonal l'any 2015, sense evidència de recidiva en el moment actual en els controls de PSA anuals ni en el seguiment per part d'oncologia radioteràpica i urologia. Cofosi severa.

Psiquiàtrics: Sense antecedents d'interès. Familiars descriuen en el darrer any verbalització de clínica delirant de característiques celotípiques amb escassa repercussió afectiva i/o conductual per la qual mai havien sol·licitat ajuda.

Conductes addctives: Ex-fumador des de fa 20 anys d'un paquet de tabac al dia. No altres hàbits tòxics.

Tractament habitual: Simvastatina 20mg/dia, Enalapril 5mg/dia, Metformina 850mg/dia, Tamsulosina 0,4mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

El pacient acudeix a urgències per tos i deposicions diarreiques de 5 dies d'evolució i aparició progressiva en les darreres 24h de dispnea a mínims esforços. A l'exploració a urgències destaca regular estat general, taquipnea, febre termometrada de 38°C, trobant-se el pacient orientat en les tres esferes, normohidratat i normocolorejat. A l'exploració física s'objectiven crepitants bilaterals fins a camp mig, taquicàrdia, abdomen globulós, no peritonític, amb dubtosa hepatomegàlia. Es realitza analítica general en la què destaca limfopènia (700/mm³) amb elevació de reactants de fase aguda (fibrinogen 915mg/dial, PCR 184 mg/L, procalcitonina 0'21 ng/mL, D-dímer 696 ng/mL, IL-6 120 pg/mL). A la gasometria arterial s'observen criteris d'insuficiència respiratòria greu amb PAFI 81mmHg. Hemocultius sense gèrmens aïllats. Radiografia de tòrax amb condensacions pulmonars en el segment posterior del lòbul inferior esquerre associats a tènues opacitats pseudonodulars al pulmó dret, sense vessament pleural; troballes compatibles amb pneumònia per COVID-19 en el context epidemiològic actual i PCR positiva. Electrocardiograma en ritme sinusal, QTc 350ms, sense alteracions rellevants. Donada la insuficiència respiratòria greu s'inicia CPAP amb FIO₂ 0,9 presentant el pacient certa millora clínica amb control posterior gasomètric amb PAFI 170 mmHg, pel què el pacient ingressa a planta de pneumologia.

A la planta de pneumologia, s'inicia tractament amb ceftriaxona, azitromicina, hidroxiclороquina i bolus de metilprednisolona d'acord amb protocol de tractament d'infecció per COVID-19 de l'hospital. Posteriorment, també s'introdueix tractament amb Tocilizumab. Es manté suport respiratori amb mascareta d'alt flux amb reservori i CPAP amb regular tolerància. El pacient presenta nul·la ingesta oral. A les 48h d'ingrés el pacient inicia quadre confusional consistent en alteració del nivell de

consciència de característiques fluctuants, disprosèxia, desorientació temporal i espacial, falsos reconeixements de l'entorn, paranoidisme centrat en l'equip mèdic, insomni global amb episodis d'agitació psicomotriu de predomini nocturn i labilitat emocional. Degut a aquesta clínica el pacient presenta dificultats per a tolerar suport ventilatori i sonda nasogàstrica, pel què requereix de contenció mecànica durant la majoria de nits. L'equip mèdic referent inicia tractament amb quetiapina amb escassa millora clínica pel què sol·liciten la nostra valoració pel maneig del pacient.

Exploració psicopatològica: Vigil, conscient, desorientat auto- i al·lopsíquicament. Contacte distònic. Mirada perduda. No col·laborador a l'entrevista. Disprosèxia. Inquietud psicomotriu. Llenguatge no coherent, amb to de veu elevat. Comunicació interferida per cofosi severa. Verbalització d'ideació delirant de tipus paranoide, escassament estructurada, amb un discurs en el qual hi predominen els falsos reconeixements. No es constaten alteracions de la sensopercepció, tot i que no es poden descartar. Esfera afectiva poc valorable en aquest context, tot i que destaca labilitat emocional marcada. Insomni global. Anorèxia. Judici crític de realitat alterat.

EVOLUCIÓ

Donada la situació clínica d'aïllament i les dificultats per a poder dur a terme mesures no farmacològiques pel tractament del delirium, es procedeix a l'augment progressiu de dosi de quetiapina fins a 150mg/dia amb nul·la resposta clínica. Per aquest motiu, una setmana més tard, es procedeix al canvi d'antipsicòtic a risperidona que s'incrementa fins a 3mg/dia amb nul·la resposta clínica. La simptomatologia de delirium persisteix tot i els ajustaments farmacològics realitzats. Després de 18 dies d'ingrés, s'obté una detecció PCR negativa per a COVID-19 que permet el trasllat del pacient a una planta de l'hospital on es permeten visites d'un familiar acompanyant. De forma paral·lela al canvi d'unitat, s'objectiva una millora lenta però progressiva de la clínica confusional aguda, amb remissió inicial de la desorganització conductual i la clínica psicòtica i posterior reorientació progressiva en l'entorn hospitalari. La

millora del component confusional s'acompanya d'un augment de les ingestes, d'una millora de la clínica respiratòria, d'una disminució progressiva dels reactants de fase aguda i d'un augment de les saturacions d'oxigen amb menor requeriment de suport respiratori. Aquesta millora clínica permet la disminució progressiva de la dosi de risperidona fins a retirada completa. A l'exploració psicopatològica ja no s'observa la presència de clínica delirant, sense poder-se objectivar tampoc les idees celotípiques referides per la família presents en els darrers mesos. Durant aquest període de millora clínica es realitza TAC cranial en el qual s'evidencia una hipoatenuació de substància blanca periventricular i subcortical bilateral simètrica i difusa compatible amb desmielinització de característiques inespecífiques de probable causa isquèmica crònica. També s'objectiva un augment de mida dels espais subaracnoïdals i del sistema ventricular de forma proporcionada compatible amb atròfia cerebral difusa.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(293.0) Síndrome confusional agut hiperactiu.

(331.83) Trastorn neurocognitiu lleu degut a etiologies múltiples, pendent de filiació.

DISCUSSIÓ

La malaltia per coronavirus representa una amenaça pel sistema sanitari i, en particular, per la salut dels pacients d'edat més avançada, doncs són els més vulnerables a patir infeccions severes i a presentar una major mortalitat. La síndrome confusional aguda o delirium és una complicació ben reconeguda entre la població d'edat avançada que pateix infeccions respiratòries. Estudis recents indiquen que el 20-30% de pacients afectats per COVID-19 presentaran canvis en el seu estat mental durant l'hospitalització, amb taxes que augmenten fins al 60-70% en pacients amb formes severes de la malaltia a qualsevol edat. Els mecanismes d'aquesta associació són probablement multifactorials i inclouen l'afectació neurològica directa de l'organisme, la hipòxia, els canvis cerebrovasculars, la deshidratació, la cascada inflamatòria de citocines, els múltiples fàrmacs emprats i els canvis metabòlics. En el

cas exposat, el pacient presenta múltiples factors de risc per al desenvolupament d'un delirium, entre els quals destaquen la insuficiència respiratòria hipoxèmica severa, la utilització de múltiples fàrmacs en combinació, l'estat de desnutrició per l'anorèxia severa, les alteracions prèvies en TAC cranial suggestives d'un deteriorament amb probable component vascular, les alteracions analítiques i gasomètriques i una cofosi severa.

El delirium és considerat un signe vital en la determinació de la severitat de malaltia en pacients d'edat avançada. En el cas de la infecció per COVID-19, s'ha observat que alguns pacients d'edat avançada no presenten febre o no manifesten dispnea en cas d'hipòxia important; i en un 40% del casos poden fins i tot no presentar les alteracions radiològiques pròpies de la infecció per COVID-19. Per aquest motiu, l'avaluació d'aquests pacient hauria d'incloure el delirium com a part dels criteris de cribatge de la malaltia. L'absència d'avaluació i detecció de delirium pot comportar un augment del risc de propagació de la infecció en la comunitat, dificultats per a detectar formes severes de la malaltia que incrementen la mortalitat en aquest grup d'edat i un augment del risc d'efectes secundaris a llarg termini, incloent el deteriorament cognitiu i el declivi funcional.

El maneig actual de la infecció COVID-19 als hospitals inclou l'aïllament, la restricció de visites familiars i, fins i tot, limita el contacte físic amb personal de l'hospital. A més, la utilització de material de protecció individual pot ser despersonalitzant i aterridora per a la gent gran, sobretot aquells que estan afectats per una demència o un deteriorament cognitiu. L'enfocament actual de la malaltia ha resultat en un aïllament social marcat, així com en un increment de restriccions físiques i químiques pel maneig de la por, l'agitació i la inquietud psicomotriu; cadascuna d'elles contribuint a l'empitjorament del quadre confusional agut. L'efectivitat dels antipsicòtics en el maneig del delirium és controvertida, amb múltiples estudis que destaquen la seva eficàcia limitada i el potencial risc d'aparició d'efectes secundaris relacionats amb el tractament antipsicòtic. Caldria fer un replantejament, doncs, sobre el maneig dels pacients d'edat avançada en les circumstàncies actuals, potser permetent a algun membre de la família o cuidador

estar al costat del pacient prenent les mesures adequades per afavorir el control dels símptomes de delirium de manera efectiva. En el cas del nostre pacient, el trasllat a una planta on va poder estar acompanyat de la seva família va millorar de forma progressiva la clínica confusional aguda, millorant així també la clínica respiratòria i el pronòstic global de la malaltia.

CONCLUSIONS

- Els pacients d'edat avançada són més vulnerables a patir infecció per COVID-19, amb major mortalitat associada.
- Explorar la presència de delirium hauria de ser ineludible en el cas dels pacients d'edat avançada.
- El maneig no-farmacològic és més difícil d'aconseguir però segueix sent el prioritari.

REFERÈNCIES

- [1] O'Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing*. 2020 07 1;49(4):497-8.
- [2] Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*. 2020 06 1;77(6):683-90.
- [3] Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med*. 2020 06 4;382(23):2268-70.
- [4] Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 04 30;382(18):1708-20.
- [5] Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2019 10 1;171(7):485-95.

Quan la COVID-19 envaeix el sistema nerviós central: COVID-19 i encefalitis

En la mesura en què s'ha anat avançant en el coneixement de la fisiopatogènia de la infecció per SARS-CoV-2, s'ha anat assenyalant el potencial neurotròpic del virus i la possibilitat de causar danys neurològics persistents. A continuació, presentem el cas d'una pacient afectada de COVID-19 i que mostra una evolució tòrpida en la que predomina la simptomatologia neuropsiquiàtrica, el que va motivar la interconsulta a psiquiatria, orientant-se el cas com una encefalitis per SARS-CoV-2.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 61 anys diagnosticada de COVID-19 que presenta una evolució tòrpida, amb simptomatologia neuropsiquiàtrica i trastorns conductuals, motiu pel qual se sol·licita interconsulta a psiquiatria.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Escolaritzada fins als 11 anys. Viu amb el seu marit i el seu fill. Relacions familiars harmòniques. No activitat laboral, mestressa de casa; manté múltiples amistats. Independent per a activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, sense deteriorament previ a l'ingrés. La descriuen amb una personalitat "forta" i sociable, amb moltes amistats.

Familiars: Sense antecedents familiars psiquiàtrics.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies conegudes. Obesitat. Hipercolesterolèmia. Esteatosi hepàtica.

Psiquiàtrics: Sense antecedents psiquiàtrics previs.

Conductes addictives: No hàbits tòxics.

PROCÉS ACTUAL

Es tracta d'una dona de 61 anys que és portada a urgències el dia 17/3/2020 després de presentar malestar general i tos sense febre, que evoluciona amb distrès respiratori. A urgències, presenta insuficiència respiratòria (saturació d'O₂ del 83%) i destaca somnolència i bradipsíquia. Es practica PCR per SARS-CoV-2 que resulta negativa. Passades 24h amb oxigenoteràpia i iniciant-se tractament segons protocol COVID-19 (lopinavir/ritonavir i hidroxiclороquina) i cobertura antibiòtica amb ceftriaxona, la pacient empitjora (augment de la freqüència respiratòria fins a 40-45 per minut), precisant trasllat a UCI, on es practica intubació orotraqueal i ventilació mecànica.

Donada l'alta sospita clínica de COVID-19 (troballes radiològiques compatibles – patró infiltratiu alveolo-capil·lar bilateral de predomini basal/mig-, increment de marcadors inflamatoris – VSG, PCR, LDH-, linfopènia, elevació dímer-D), malgrat la primera PCR va ser negativa, es repeteix una segona PCR, que va resultar positiva.

La pacient queda ingressada a UCI, sedoanalgesiada i amb elevats requeriments de ventilació.

Exploració psicopatològica: Tranquil·la, presenta un nivell de col·laboració i d'atenció fluctuant, mostrant-se parcialment orientada; es mostra capaç d'obeir ordres senzilles però no així ordres més complexes; destaca un humor poc congruent, mòric, pueril. Bradipsíquia. El discurs és poc espontani, empobrit, reiteratiu, amb algunes parafràses (substitueix algunes paraules per altres similars) i ecolàlies, no expressa altra preocupació o queixa que "hace calor" o que "mi hijo no me echa en falta"; no expressa idees delirants, tampoc conducta al·lucinatòria, nega idees tanàtiques, expressa desitjos de millora, si bé la consciència dels seus dèficits és molt parcial (anosognòsia).

Exploració neuropsicològica: Alteració cognitiva cortical de perfil generalitzat, amb predomini d'afectació frontal, compatible amb seqüeles d'encefalitis, sobre un

rendiment cognitiu premòrbid estimat i nivell educatiu normal. Alteracions conductuals associades, en forma d'impulsivitat, infantilisme, etc., afectació que pot interferir significativament amb les activitats instrumentals de la vida diària, motiu pel que es considera tributària de tractament de rehabilitació neuropsicològica, i es recomana derivació a centre de neurorehabilitació.

EVOLUCIÓ

L'evolució durant la seva estada a UCI va ser tòrpida. La pacient va precisar 17 dies de ventilació mecànica, realitzant-se posteriorment traqueostomia i requerint suport respiratori durant 30 dies més. Va presentar una lenta i progressiva millora que permet anar reduint el suport ventilatori i retirant medicació sedativa.

A mesura que aquesta clínica remetia, la pacient presentava episodis d'agitació associats a moviments estereotipats coreiformes generalitzats, parkinsonisme de predomini en hemicòs dret, i estereotípies de xuclar, mostrant-se desconnectada del medi, motiu pel que es va alentir la retirada de la medicació sedativa i es va iniciar levetiracetam.

Es va sol·licitar interconsulta a neurologia, indicant-se realització d'un EEG que mostrà un ritme de base lent compatible amb encefalopatia moderada inespecífica, sense registrar-se activitat epileptiforme, motiu pel que es va suspendre l'anticomercial. Es va decidir realitzar proves complementàries per a estudi diagnòstic. Es va realitzar RMN cerebral, que mostrava mínimes lesions hiperintenses (en FLAIR) a corona radiata bilateral, inespecífiques. Es van sol·licitar hormones tiroïdals i nivells d'amoni que resulten normals. Posteriorment, es va realitzar TAC de crani que, correlacionant-se amb la RMN, informa d'una hipodensitat de globus pàl·lids, que resulta més marcada probablement per una hiperintensitat bilateral i simètrica dels caudats i de putàmens (dubtosa segons la seqüència), que en el context clínic actual podria estar en relació amb una encefalitis estriatal. Finalment, es va realitzar també una punció lumbar (PL) amb anticossos onconeuronals negatius en LCR, i una segona PL amb bioquímica i bandes oligoclonals també negatives.

Orientat el cas com una encefalitis de probable origen víric, s'inicià tractament simptomàtic amb diferents fàrmacs psicotròpics amb la finalitat de millorar el control d'impulsos, l'agitació i el parkinsonisme. Es va assajar seqüencialment escitalopram, quetiapina, mirtazapina, trazodona, biperidè i diazepam; presentant la pacient una bona evolució a nivell cinètic, aconseguint-se disminuir els moviments coreiformes i estereotipats fins a la pràctica remissió completa. Tanmateix, la pacient presentava de forma fluctuant, períodes d'agitació psicomotriu i insomni, motiu pel qual es realitzà interconsulta a psiquiatria, per a valorar la pauta farmacològica.

Es valorà que, molt probablement, la polifarmàcia estava contribuint a un efecte tòxic/confusional, motiu pel qual es va decidir simplificar la pauta farmacològica, retirant escitalopram, biperidè i trazodona, i mantenint diazepam, mirtazapina i quetiapina; que posteriorment va ser incrementada fins a 100mg per persistència d'insomni, resultant ben tolerada i eficaç per disminuir els episodis d'agitació psicomotriu. Posteriorment es retiraria també la mirtazapina, per ser una combinació redundant amb la quetiapina pel que fa a alguns mecanismes d'acció.

Durant l'ingrés es va evidenciar en diverses ocasions una elevació de bilirrubina en sang amb presència de fang biliar a l'ecografia sense signes de colecistitis, motiu que va fer pensar en un possible hepatitis autoimmune, que pogués estar condicionant clínica neurològica, si bé aquesta hipòtesi es va rebutjar per absència de signes analítics d'autoimmunitat hepàtica, resultant tots els anticossos negatius.

A nivell cinètic, si bé va millorar el parkinsonisme, persistien dificultats per executar moviments actius i certs moviments passius de l'extremitat superior dreta, que semblaven en part relacionats amb dèficits atencionals i/o de comprensió. Presentava una marxa inestable en els 4 eixos, i claudicació total en la marxa en tàndem, si bé aconseguia deambular sense necessitat de supervisió. S'indicà treball fisioterapèutic, presentant una millora progressiva funcional i d'autonomia, si bé destacava el dèficit atencional persistent.

A nivell psiquiàtric, la pacient evolucionà cap a una estabilitat relativa, persistint un humor mòric, amb un empobriment ideoafectiu i conducta infantilitzada, amb

dificultats per reconèixer els dèficits cognitius i les repercussions funcionals que se'n derivaven, mostrant una certa indiferència i apatia.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(294.11) Trastorn neurocognitiu major degut a COVID-19, amb alteració del comportament.

DISCUSSIÓ

En els darrers mesos hem assistit a la descripció de nous símptomes que amb major o menor freqüència formen part del quadre clínic de la COVID-19. Als símptomes cardinals respiratoris (febre, tos, dispnea i estrès respiratori agut), s'afegeixen manifestacions hepàtiques, intestinals, dermatològiques i, ocasionalment, neurològiques. Dins de les manifestacions neurològiques, algunes són de caràcter inespecífic i sistèmic, com la cefalea, el mareig, la fatiga o les miàlgies. L'anòsmia i, secundàriament, els trastorns del gust són molt prevalents, fins i tot en absència de símptomes cardinals, i informen de la capacitat del virus de penetrar en el sistema nerviós central, ja reportada per altres virus de la mateixa família. Així, més enllà de casos d'encefalopatia en COVID-19 associada a causes tòxiques, metabòliques, per hipòxia o per fàrmacs, també s'ha de considerar el SARS-CoV-2 entre el diagnòstic diferencial d'encefalitis junt amb altres virus neuròtrofs. En aquests casos, els pacients poden presentar alteracions del nivell de consciència o trastorns conductuals que siguin motiu d'interconsulta a psiquiatria, com va succeir en el cas que presentem. La presentació de síndrome confusional de característiques atípiques (en persones joves, sense factors de risc, amb major desorganització, etc.) ha sigut habitual en les interconsultes a psiquiatria durant el període de la pandèmia.

Altrament, s'han descrit diferents formes particulars d'afectació neurològica com l'encefalopatia necrotitzant aguda hemorràgica, el síndrome de Guillain-Barré o complicacions cerebrals vasculares que poden presentar-se amb clínica psiquiàtrica. Els mecanismes fisiopatogènics no estan encara ben aclarits però factors inherents al

virus i d'altres associats a l'hoste (edat, comorbiditat, immunosupressió) poden condicionar el neurotropisme i el grau d'invasió del SARS-CoV-2 en el SNC.

En el cas que ens ocupa, hagués sigut de màxima utilitat poder disposar de PCR del LCR, així com proves de neuroimatge funcional que haguessin pogut contribuir al diagnòstic de certesa i a determinar el grau d'afectació. És important, donat que ens trobem davant d'una infecció d'un abast encara no ben conegut, poder identificar i reportar casos com aquest per al seu estudi. Constatem que hi ha molt pocs casos similars reportats en la literatura.

En la lluita contra la COVID-19 és important no passar per alt cap troballa i sospitar la presència del virus en pacients amb presentacions clíniques atípiques que poden ser potencials transmissors del virus.

CONCLUSIONS

- El SARS-CoV-2 té un potencial neurotròpic i s'han descrit símptomes neuropsiquiàtrics associats a la infecció.
- Les presentacions clíniques atípiques ens han de fer pensar en una possible infecció per COVID-19 per tal que puguem prendre mesures per evitar la seva transmissió.
- Reivindiquem la importància de reportar casos com el que ens ocupa per a avançar en l'estudi i el coneixement de la fisiopatogènia de la infecció per SARS-CoV-2.

REFERÈNCIES

[1] Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. Rev Neurol. 2020 05 1;70(9):311-22

[2] Moriguchi T, Harii N, Goto J, Harada D, Sugawara H, Takamino J, et al. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. Int J Infect Dis. 2020 May;94:55-8.

Autisme en temps de pandèmia

Si el pacient que ens ocupa ja estava suposant un repte en totes les accepcions del mot, l'arribada de la COVID-19 va convertir el repte en acrobàcia. Els professionals de la salut mental hem de reconèixer que no ha estat fins els darrers lustres que no ens hem preocupat de conèixer i saber manejar els trastorns autistes en els adults. Però de tot el que hem après d'aquest cas gràcies a llibres, articles, companys, ponències i simple assaig-error, el més sorprenent del cas ha estat l'impacte de les circumstàncies tant en la gènesi com en el desenllaç del procés.

MOTIU DE CONSULTA

Dificultats de maneig de les alteracions de conducta i agressivitat a objectes i persones al domicili.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Es tracta d'un noi nascut a Catalunya i amb família d'origen senegalès. Des de ben petit va estar en educació especial per diagnòstic d'autisme i discapacitat intel·lectual moderada. Fins fa pocs mesos estava acudint a un centre ocupacional de la comarca amb bona adaptació i convivia amb els pares i el germà. Val a dir que de petit havia requerit un ingrés per alteracions conductuals però el funcionament havia estat adequat portant una vida bastant satisfactòria amb la família dins les òbvies limitacions. En èpoques en què el veien més alterat passava un temps al Senegal amb els tiets on millorava, possiblement per ser un entorn rural més obert.

Familiars: No consten.

Sómato-quirúrgics: Sense antecedents d'interès.

Psiquiàtrics: El seguiment tant clínic com ocupacional es feia a una associació especialitzada en autisme de la comarca. Tal i com s'ha descrit prèviament, fins a

l'episodi actual només havia ingressat una vegada, a la infància, per alteracions conductuals.

Conductes addictives: No.

Tractament habitual: Risperidona 3mg/8h, Carbamazepina 400mg/12h, Pregabalina 150mg/12h, Trazodona 100mg /nit.

PROCÉS ACTUAL

Sense un desencadenant aparent, l'estiu de 2019 presenta sobtadament alteracions de conducta, soliloquis, heteroagressivitat a objectes i als familiars i estereotípies que impossibiliten que segueixi als tallers ocupacionals. S'ajusta tractament amb risperidona 3mg però presenta extrapiramidalismes i es canvia a olanzapina. Com que la família treballa i el pare comença diàlisi ha d'estar hores sol a casa des que no pot anar als tallers i la situació acaba requerint ingrés total a unitat d'aguts al desembre de 2019.

EVOLUCIÓ

Primer ingrés

Tot i les polimorfes presentacions clíniques de l'autisme amb discapacitat intel·lectual, el substrat afectiu s'ha revelat en les darreres sèries com la base de moltes de les alteracions de conducta. Si a això hi afegim el recent canvi de rutines i el rebuig que li pot suposar no poder acudir als tallers, la hipòtesi d'un quadre depressiu pren força. Tinguem en compte que l'entrevista es limita a ecològies, imitació i, en el millor dels casos, respostes monosil·làbiques. L'evolució ve marcada pels cops que dóna als companys i sanitaris, els objectes que tafaneja, desmunta o trenca. En resum, s'opta per retirar tots els antipsicòtics i iniciar escitalopram a 10mg amb bona i ràpida resposta inicial. En aquell moment, podia fer encara sortides amb la família i passava la major part del dia a la sala amb els altres companys. Es decideix

alta a domicili, però encara no té permès un retorn als tallers amb la qual cosa passa moltes hores sol a casa sense ocupació.

Segon ingrés

Es manté estable uns dies des de l'alta, però a finals de gener de 2020 apareix insomni, inquietud i de nou els cops i la manipulació d'objectes i instal·lacions de la casa. Malauradament, acaba reingressant a la unitat d'aguts després de diverses visites a urgències just el dia que havia de viatjar al Senegal en un intent de la família per millorar l'entorn. Tinguem en compte que el germà treballa a magatzem del mateix hospital, la mare en neteja i el pare està acudint a diàlisi.

A nivell farmacològic, s'intenta abandonar la via antipsicòtica i es tracta amb clonidina fins 0,3mg/8h, amb lleugera milloria conductual. Davant les dificultats de millora amb els tractaments assajats, comencem a desxifrar hipòtesis que en ocasions es relacionen amb empitjorament en autisme. Evidentment, hi ha factors ambientals com el taller o la supervisió familiar que no estan al nostre abast de modificar.

Ens plantegem intoleràncies alimentàries i estudiem una eventual intolerància al gluten tot i no presentar clínica digestiva. Es detecta immunològicament intolerància lleu per IgE. Vam iniciar dieta sense gluten sense observar-se millora a curt termini. També ens vam plantejar un dèficit de Vitamina D vista la poca exposició solar, trobant-se uns nivells en sèrum 9,62 ng/mL. Es comença vitaminoteràpia a 1000UI/dia tampoc aconseguint milloria clínica. Per si quedava alguna opció terapèutica en autisme descrita per cobrir, també ha estat amb suplementes d'omega i 3 àcid eicosapentaenoic (EPA) sense resposta clínica.

Ja com a últim recurs i amb un nivell d'evidència baix, es dubta sobre si les hormones sexuals poden estar jugant un paper destacat en aquesta agressivitat. S'han descrit casos de millora amb tractaments inhibidors testoterònics tot i partir de nivells normals i sense alteracions de la conducta sexual en sí. En aquest context es va afegir tractament amb gonadotrofines (triptorelina mensual).

Quan encara es trobava en període de prova amb la sobrestimulació androgènica per provocar una depleció de testosterona, el pacient precisava d'aïllament en

habitació per alteracions de conducta i necessitat de supervisió estreta continuada. La família podia acudir cada cop menys a veure'l per obligacions laborals i en aquest precís moment es decreta confinament total dels pacients a la unitat per l'alarma COVID-19, aturant-se visites i sortides. Tot i això, les alteracions de conducta havien disminuït lleugerament.

L'aïllament total de contacte suposa un punt d'inflexió en la seva evolució. Les cures d'infermeria en aquest cas impliquen tenir-lo agafat de la mà per la majoria d'activitats i ell mateix busca aquest contacte. El fet que busqui tocar totes les parets, portes o objectes per una banda, i que no sigui possible que porti mascareta per una altra, compliquen molt les mesures de seguretat de la COVID-19.

Tercer ingrés

En aquest context, les mesures d'aïllament són molt més estrictes a l'hospital que al domicili, per la qual cosa s'assaja una alta hospitalària, però al cap de dos dies les crisis esdevenen insostenibles i acaba reingressant. Per la reorganització de les unitats ho ha de fer a una unitat allunyada i ha de passar 7 dies tancat a l'habitació per protocol COVID-19. Ràpidament acaba en contenció mecànica, la qual cosa s'havia pogut evitar fins aleshores. Presenta una necessitat constant de manipular objectes de l'habitació i tocar i agafar-se al personal. La saturació d'infermeria fa que fins i tot quan ja ha superat la quarantena hagi de seguir aïllat. Les visites de personal de manteniment esdevenen més assídues que les de facultatius. A més a més, presenta febre de nou i l'equip de medicina decideix tornar-lo a aïllar per sospita de COVID-19. Finalment, acaba sent una gastroenteritis i segueix COVID-19 negatiu a la PCR. No entén les pautes i les negatives; a l'hora que es frustra i s'irrita fins al punt d'agredir personal o trencar objectes paroxísticament. La distància de la unitat d'aguts de la família i l'aïllament respecte visites encara ha complicat més la situació. És una persona que si va acompanyada per un conegut donat de la mà i pot mantenir contacte físic és fàcilment reconduïble, però la manca d'estímuls, de contacte humà i la solitud el fan passar malament.

Ja en fase final del primer confinament s'han intentat tornar a baixar diazepam i risperidona amb èxit, quedant només triptorelina l mensual, clonidina 0,3 mg/8h,

mirtazapina 30 mg/24h, omega 3, risperidona 6mg/24h, diazepam 10mg/8h. En aquesta fase ja ha pogut estar a la sala i al pati sense tantes incidències pel que és donat d'alta a domicili.

Al cap de poques setmanes, les crisis tornen a augmentar i fa estades llargues a urgències que han precisat contenció mecànica. Finalment, es pacta un ingrés per a trobar un cuidador per part de la família i per introduir clozapina que ha demostrat eficàcia en reduir l'agressivitat en pacients amb discapacitat intel·lectual. A l'alta es manté en tractament amb clozapina 400mg/dia, haloperidol 20mg/dia i diazepam 40mg/dia. El cas és que pot tornar a casa amb un cuidador contractat i gairebé no apareix més per urgències.

La família segueix tenint l'objectiu de què vagi a viure al Senegal, però les possibilitats de poder volar amb ell són baixes. Nogensmenys compren un vol i ens demanen medicació sedant pel viatge.

La darrera notícia que ens dona el germà que treballa a l'hospital és que va poder viatjar a Dakar via Lisboa en plena pandèmia amb 2 comprimets de midazolam 7'5mg consecutius. Un cop allà no ha pres més medicació, es troba sense alteracions de conducta i viu amb els tiets i cosins en un entorn rural obert.

DIAGNÒTIC (DSM 5)

(299.00) Trastorn de l'espectre autista.

(318.0) Discapacitat intel·lectual moderada.

DISCUSSIÓ

Es tracta d'un cas molt complex que la COVID-19 ha convertit en impossible, tot generant força debat a les sessions clíniques. Ha precisat posar un TCAI extra quan estava ingressat a les unitats i també ha destapat la polèmica de la manca de recursos en la xarxa de discapacitat intel·lectual, sobretot hospitalaris. Mai ens quedarà clar quins factors han estat els determinants en les oscil·lacions clíniques. Les

circumstàncies ens han dut a fer diversos canvis a la vegada referents a medicació antipsicòtica, antidepressiva, el gluten, àcids grassos i, finalment, la teràpia de depleció de les hormones sexuals masculines. Si s'haguessin tocat aquestes tecles seqüencialment i deixant prou marge de temps per valorar-ne l'efecte, s'hauria aclarit millor quina era l'etiologia i el tractament més adequat, però les circumstàncies no ho han permès.

A més a més, l'aïllament ha implicat un brusc empitjorament i ha impossibilitat les reconduccions. Queda patent la necessitat del contacte com a mostra d'acompanyament i afecte que tan necessari es fa en aquests pacients amb els qui la comunicació és més complexa. Els entorns tancats no han fet més que complicar l'evolució tant a l'hospital com a casa i el desenllaç ens ensenya que, tot i que molts cops no és a les nostres mans, els canvis ambientals cap a espais més pacificadors i lliures són indispensables en aquests casos.

CONCLUSIONS

- L'autisme i la discapacitat intel·lectual necessiten unitats i professionals específicament preparats per la seva correcta atenció.
- La privació de les famílies i els canvis reiterats d'entorn han provocat importants empitjoraments en pacients autistes.
- Les pautes de prevenció de contagi són especialment crítiques en pacients que no les comprenen.
- Davant les discapacitats intel·lectuals, hem de buscar alternatives terapèutiques fora de la psicofarmacologia sedativa.

REFERÈNCIES

[1] White SW, Simmons GL, Gotham KO, Conner CM, Smith IC, Beck KB, et al. Psychosocial Treatments Targeting Anxiety and Depression in Adolescents and Adults on the Autism Spectrum: Review of the Latest Research and Recommended Future

Directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 08 28;20(10):82. 2. Gegelashvili M.Georgian.

Autism and depression. *Med News.* 2019; (292-293):54-6.

[2] Pivovarciova A, Hnilicova S, Ostatnikova D, Mace FC. Testosterone and explosive aggression in autism spectrum disorders. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014;35(7):553-9.

[3] Beherec L, Lambrey S, Quilici G, Rosier A, Falissard B, Guillin O. Retrospective review of clozapine in the treatment of patients with autism spectrum disorder and severe disruptive behaviors. *J Clin Psychopharmacol.* 2011 Jun;31(3):341-4.

COVID-19 i teleassistència en Trastorn de l'espectre de l'autisme, un nou horitzó

Es tracta d'un noi de 15 anys atès al CSMIJ des dels 5 anys. Està diagnosticat de trastorn de l'espectre de l'autisme, sense dèficit intel·lectual ni deteriorament del llenguatge. Presenta baixa tolerància a la frustració i comportaments heteroagressius que van empitjorar amb l'inici del confinament. En aquest cas, els canvis en la modalitat assistencial (teleassistència i major flexibilitat) van tenir efectes positius a nivell terapèutic.

MOTIU DE CONSULTA

El pacient acudeix al CSMIJ des dels 5 anys per fer un seguiment clínic de les dificultats associades al trastorn de l'espectre de l'autisme.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Primer d'una fratria de dos. Conviu amb la seva germana i els seus pares. Cursa 3r d'ESO i està a una unitat de Suport Intensiu per a l'Escolarització Inclusiva. Els pares entenen les dificultats del seu fill i són molt col·laboradors amb el tractament, però les conductes agressives del pacient fan que les relacions familiars de vegades siguin complicades. En altres moments de major tranquil·litat comparteixen moments agradables junts.

Familiars: No refereixen.

Sómato-quirúrgics: Episodis de broncoespasme de repetició.

Psiquiàtrics: Des de petit, el pacient presenta deficiències en la reciprocitat socioemocional i anomalies en la comunicació no verbal, amb dificultats per a modular el contacte ocular, el to de veu i l'expressivitat facial. Té interès social, però compta amb poques habilitats i actualment només té un amic. Es descriu com un

"solitari", un "inútil" o un "discapacitat", comentaris que posen de manifest una baixa autoestima.

Presenta un llenguatge idiosincràtic i adultomorf, un patró de pensament rígid i un marcat interès en els videojocs i els superherois. Gaudeix molt parlant d'ells, tant que sovint monopolitza la conversa i interfereix en el seu funcionament social. De vegades es queixa que els nois de la seva edat tenen altres interessos que ell no comparteix i se sent "estrany".

Des que va començar el tractament al CSMIJ presenta problemes de comportament amb heteroagressivitat cap a objectes i cap a la seva família que han empitjorat en els últims 3 anys. Aquests problemes poden aparèixer per baixa tolerància a la frustració, per no saber expressar les seves emocions amb paraules o simplement per recordar alguna cosa que el va fer enfadar.

Al 2017 es va iniciar tractament farmacològic amb aripiprazol (fins a 12mg diaris) i al 2019 es va substituir per risperidona (fins a 2mg diaris, disminuint a 1mg per discreta hiperprolactinèmia), amb resposta parcial. Pel que fa a la intervenció psicològica, s'ha intentat un abordatge cognitiu-conductual del maneig de la ira, resultant poc efectiu fins a la data. Freqüentment les visites al CSMIJ comencen amb un dels pares descrivint l'últim episodi d'agressivitat del pacient. En escoltar-ho, el noi reexperimenta el record com si estigués tornant a passar i no és capaç de distanciar-se d'aquesta ràbia. Després està tan enfadat que no vol parlar-ne, es queixa que només assisteix al CSMIJ per parlar de quan es porta malament i es nega a treballar-ho. En alguna ocasió es resigna i diu que ell és "així", "un monstre" i que "deixem d'intentar ajudar-lo perquè no serem capaços."

Quan el pacient passa més d'una setmana sense sortir de casa, l'agressivitat empitjora. Els episodis de broncoespasme que pateix provoquen que això passi sovint. Quan va començar l'estat d'alarma, ja portava dues setmanes sense poder sortir de casa.

Conductes addictives: No refereixen.

Tractament habitual: Risperidona 1mg diari + 0,5mg s/p.

PROCÉS ACTUAL

Una setmana després de començar el confinament, la mare explica que el pacient està molt nerviós i presenta heteroagressivitat cap a la família de forma diària. Refereix que s'han arribat a plantejar trucar al telèfon d'emergències. Passa molt temps a l'habitació aïllat, ja que la seva família està espantada. Han provat a donar-li la medicació de rescat tots els dies, però no ha funcionat.

EVOLUCIÓ

Quatre dies després de la primera trucada, la mare refereix que el seu fill segueix presentant heteroagressivitat diària. El pacient accedeix a parlar per telèfon, tot i que no se sent còmode perquè li sembla que es perd molta comunicació. Per tant, s'acorda amb ell començar a fer videotrucades. Amb l'inici del confinament, algunes de les activitats presencials del CSMIJ s'han hagut d'anul·lar o posposar, el que fa possible flexibilitzar l'agenda i trobar un espai setmanal per ell.

Una setmana després continua agredint a la seva família tots els dies. La família està molt desbordada. Han intentat aplicar algunes de les estratègies treballades prèviament per gestionar l'enuig, però no funcionen. Sembla que només es calma si els agradeix a ells. Aquest dia es realitza la primera videotrucada. Es mostra més còmode i espontani que per telèfon. Es parla dels seus interessos pels superherois: s'ha inventat un personatge, tot i que no ha decidit si serà un heroi o un "malvat" "perquè té una part bona i una altra dolenta". Es descriu a si mateix com un "malvat" perquè, segons diu, només fa coses dolentes. Explica els comportaments agressius que ha estat tenint i acaba referint-se a si mateix com "una persona dolenta", mostrant un baix autoconcepte i poca esperança de canvi. Inventant una història per al seu personatge es va arribar a la conclusió que, tot i que de vegades veu aquesta "part dolenta", en el fons és un superheroi intentant aprendre a gestionar-la.

Durant les setmanes següents es continua treballant amb aquesta metàfora. El pacient es mostra molt més col·laborador i per primera vegada parla dels seus enutjos de manera espontània, fins i tot proposa escriure els antecedents i conseqüents.

També accepta estratègies conductuals per tractar-ho, que s'acorden amb la família. Fins ara, per no haver de reexperimentar les situacions que li produïen ràbia, la col·laboració havia estat molt baixa i s'havia negat a fer tasques per a casa. Això dificultava molt la generalització del treballat en consulta.

Ell és capaç de dir que, quan parlem de l'agressivitat, li sembla que és la única cosa que veiem d'ell i se sent "un inútil". La metàfora del superheroi també ens ajuda a parlar dels aspectes que li agraden d'ell mateix. Cada vegada va sent capaç d'enumerar-ne més, i parlar-ne serveix perquè els presti més atenció en el seu dia a dia. El caràcter particular de les sessions, estant cada un a casa seva, dóna peu a que aprofiti per ensenyar ninots i altres objectes que li agraden. Això facilita que parli dels seus interessos i que trobem coses en comú, la qual cosa és molt valorat per ell ja que sempre diu sentir-se diferent. Les sessions tenen un to distès i ell comença a mostrar-se més relaxat i amb més confiança.

L'heteroagressivitat comença a disminuir en freqüència i intensitat després de les primeres videotrucades. Al cap de 3 sessions ja pot començar a recordar i aplicar el que es parla. A més, les vegades que es mostra agressiu és capaç de no sobregeneralitzar i així no acabar conclouent que no se'l pot ajudar. Les següents sessions són per reforçar el que s'ha treballat amb exemples pràctics.

La millora en el comportament també fa que l'autoconcepte canviï i la seva autoestima millori. Reconeix que està més animat i se sent millor amb si mateix. Les relacions familiars milloren, passa menys temps a l'habitació i ell mateix els proposa activitats per fer tots junts. La família, al veure el canvi de comportament, també està més receptiva. El nivell de satisfacció amb la teràpia augmenta, ja que el pacient verbalitza que se sent a gust i que per fi sent que se l'està ajudant.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(299.0) Trastorn de l'espectre de l'autisme, sense dèficit intel·lectual ni deteriorament del llenguatge acompanyant, nivell de gravetat 2.

DISCUSSIÓ

En aquest cas, els canvis obligats pel confinament van suposar una millora en la relació terapèutica que va possibilitar començar a treballar millor amb el pacient. Estar a la seva pròpia habitació i poder compartir coses importants per a ell va facilitar que es parlés sobre els seus interessos, aspecte molt important perquè se sentís còmode i establir una bona aliança. Al seu torn, incloure aquests interessos dins del treball terapèutic va augmentar el seu grau d'implicació. En les persones diagnosticades de trastorn de l'espectre de l'autisme, utilitzar els interessos pot ser molt beneficiós per al tractament donada la seva qualitat d'estímul especialment "salients" i reforçadors.

Un altre aspecte que va afavorir que es donessin aquests canvis va ser l'augment de la freqüència de seguiment, que va passar de ser mensual a setmanal. Amb poques sessions, però més freqüents, els canvis van ser més grans que els observats amb un major nombre de sessions més espaciades. Es va poder dedicar més temps a establir un clima de confiança, condició necessària per a tot tractament psicològic a la qual de vegades no és possible dedicar tot l'esforç necessari. La millora en el *rappor*t va possibilitar que el pacient tingués una experiència de socialització diferent, ja que en més d'una ocasió va esmentar que se sentia bé per poder compartir amb algú les coses que li agradaven i no sentir-se tan diferent a la resta. En conseqüència, el seu autoconcepte va millorar i la seva col·laboració amb el tractament també, ja que va començar a percebre una major esperança de canvi.

A més a més, començar a treballar els seus enutjos mitjançant la metàfora del superheroi va fer possible que parlés sobre ells amb una major distància, podent treballar amb un menor grau d'activació emocional que fins al moment havia interferit molt en la teràpia.

Finalment, tenint en compte que les persones diagnosticades de trastorn de l'espectre de l'autisme presenten problemes per entendre les claus comunicacionals, parlar per telèfon pot dificultar-ho més al rebre la informació només pel canal auditiu i prescindir d'ajudes visuals, tan importants dins del seu estil de processament de la

informació. Passar de fer trucades telefòniques a fer videotrucades va ser un altre punt important per millorar les condicions del tractament.

CONCLUSIONS

- La teleassistència no és sempre inferior a la modalitat presencial. En aquest cas va ser beneficiosa per a la relació terapèutica, condició necessària del tractament psicològic.
- La freqüència de les sessions pot ser més important que la quantitat. Flexibilitzar les agendes i incloure tractaments breus i intensius pot ser millor que fer més sessions espaciades al llarg del temps.
- En tot cas, el que és important és poder individualitzar el tractament per a cada persona en particular.

REFERÈNCIES

- [1] Johnco C, Storch EA. Anxiety in youth with autism spectrum disorders: implications for treatment. *Expert Rev Neurother*. 2015;15(11):1343-52.
- [2] Rogers, C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós; 2011.
- [3] Wilson, K. & Luciano, M. C. Características y evidencia empírica. En: Labrador, F. J. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. 11ª ed. Madrid: Pirámide; 2016, 95-110.
- [4] Sukhodolsky DG, Bloch MH, Panza KE, Reichow B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children with high-functioning autism: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2013 Nov;132(5):e1341-50.

Al límit en temps de pandèmia: trastorn límit de la personalitat i COVID 19

El TLP s'ha relacionat àmpliament amb una història d'adversitats i d'abús durant la infància, però existeix menor evidència de comorbiditat amb TOC, descrivint-se una comorbiditat d'ambdós trastorns d'un 20%. La presència d'història d'abús a la infància en pacients que pateixen un TLP s'ha associat a un pitjor pronòstic i a un major risc de suïcidi en el TOC. A continuació, es presenta un cas clínic amb aquesta triada i que, en context de la pandèmia per COVID-19, ha patit una descompensació aguda.

MOTIU DE CONSULTA

Pacient dona de 37 anys que ingressa a l'Hospital de Dia (HD), de juny 2019 a maig del 2020, per un empitjorament de la clínica afectiva i ansiosa reactiva a problemàtica laboral.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Embaràs normal, part eutòcic. Durant la infància era una nena tímida i introvertida. És la menor de dues germanes. Va estudiar una diplomatura en relacions laborals i dos màsters en dret laboral i *coaching* en l'àmbit laboral. Viu alternant casa de la mare i un pis on viu amb una amiga. Té certificat de discapacitat del 33% des de 2003 (per diagnòstic de TLP) i està en situació de baixa laboral.

Familiars: Familiar de primer grau amb una trombopènia autoimmune i síndrome ansiós-depressiu. Familiar de primer grau amb esquizofrènia paranoide i trastorn de personalitat esquizotípic.

Sómato-quirúrgics: Al·lèrgia a la penicil·lina i pantomicina. Hipoacúsia neurosensorial. Condropatia femoropatelar grau 4. Intervinguda quirúrgicament d'hallux valgus i quist sacre.

Psiquiàtrics: Refereix haver patit assetjament escolar entre els 3 i els 14 anys. Descriu tristesa, important aïllament i por a la interacció social amb iguals des dels 6 als 12 anys ("no entenia el món"; "al pati em quedava en un racó i plorava"). Refereix escàs suport familiar en aquella situació perquè "els meus pares s'estaven separant" i "la meva mare no entenia el que passava". Va canviar d'escola però es va repetir l'assetjament arran del qual va iniciar simptomatologia ansiosa i afartaments alimentaris. Progressivament va iniciar una tendència a preocupar-se excessivament pel què pensaven els altres d'ella i a no saber com reaccionar davant situacions que l'incomodaven. Als 11 anys va saber que el pare patia esquizofrènia, aspecte que va viure com una pèrdua important, ja que el considerava la seva figura principal d'arrelament.

Durant l'adolescència va realitzar diversos ingressos a unitats d'aguts per pèrdua de control d'impulsos, consum d'alcohol i autolesions, on li van donar la orientació diagnòstica de TLP.

Als 24 anys inicia símptomes obsessius consistents en pensament màgic catastrofista amb rituals extravagants associats (necessitat de consumir alcohol i tabac de forma compulsiva, necessitat de netejar certes àrees de casa seva, d'anotar els consums, de llençar escombraries/papers, d'esborrar missatges de l'ordinador), fenòmens sensorials en forma de necessitat d'adoptar postures/contraure la musculatura fins aconseguir una determinada sensació física, imatges agressives intruses i ocasionals fòbies d'impulsió auto/heterolítiques. Va iniciar seguiment a consultes externes de la Unitat de TOC l'any 2011 amb el diagnòstic de TOC. Va realitzar teràpia cognitiu-conductual amb bona resposta, assolint-se la pràctica desaparició de la clínica obsessiva.

Als 32 anys va acudir a urgències per un episodi de característiques conversives motores en context de una sobreingesta d'alcohol i benzodiazepines amb finalitat autolítica. En visites successives ambulatories, descrivia la presència de sensacions de "desconnexió del món" i de "no estar viva", acompanyades d'un patró de conducta de consum d'alcohol "de manera ritualitzada" com a forma d'evasió i per "no pensar".

També referia pensaments intrusius, símptomes de despersonalització i ansietat relacionats amb les situacions traumàtiques de la infància (assetjament escolar).

Conductes addictives: Trastorn per consum d'alcohol d'inici en l'adolescència en remissió total sostinguda. Antecedents de consum de cocaïna, cànnabis i psicoestimulants en el passat que no es manté en l'actualitat.

Tractament habitual: Fluoxetina 30mg/dia, Diazepam 15mg/dia, Lormetazepam 1mg (si insomni).

PROCÉS ACTUAL

Al març de 2019 va presentar un empitjorament de la clínica obsessiva i ideació suïcida, motiu pel qual va ingressar a la unitat de hospitalització domiciliària (HAD) durant 3 setmanes. Es va realitzar canvi de citalopram a fluoxetina fins 30mg/dia observant-se una millora de l'ansietat i el desbordament emocional. Els símptomes obsessius-compulsius es van atenuar provocant menor interferència, però sense desaparèixer. Persistia la necessitat de rentat de mans després del consum de tabac o tocar les escombraries, obsessió de contaminació d'olors quan tocava coses, pel què utilitzava freqüentment guants a casa i rentava compulsivament la vaixel·la. Des del CSMA, a la primera visita post-alta del HAD, la pacient va ser derivada a Hospital de Dia per persistència de clínica afectiva, ansiosa i obsessiva.

Exploració psicopatològica: Vigil, orientada en les tres esferes. Ànim disfòric marcat, elevada irritabilitat. Discurs fluid i coherent, elevada suspicàcia i tendència a la autoreferencialitat, sense arribar a un rang delirant. Clínica dissociativa caracteritzada per bloquejos i moments de desconexió de l'entorn. Fenòmens de re-experimentació constant dels estressors ambientals, sobretot d'un conflicte laboral dels darrers mesos, però també dels relacionats amb l'assetjament escolar patit a la infància. Marcada ansietat psicofísica, sentiments de ràbia i indefensió, i ideació autolítica progressivament més estructurada ("crec que el suïcidi és la meva única sortida"). Malsons sobre els esdeveniments traumàtics.

EVOLUCIÓ

A nivell farmacològic, a HD es va iniciar una reducció progressiva de la pauta d'ansiolítics i es va augmentar el tractament amb fluoxetina fins a 60mg/dia per millorar el control de la clínica obsessiva. Donada la persistència de l'autoreferencialitat i la suspicàcia es va iniciar tractament amb aripiprazol fins a 20mg/dia. Es va realitzar teràpia psicològica per al tractament dels símptomes associats a les experiències traumàtiques, com l'ansietat i els fenòmens dissociatius. La teràpia combinava la psicoeducació, la contenció emocional, la dotació d'estratègies de regulació emocional i l'abordatge amb teràpia EMDR.

Donat que es va decretar l'estat d'alarma per COVID-19, es va continuar amb el seguiment psiquiàtric i psicològic telefònic. En els següents dies, la pacient va presentar un empitjorament de la clínica obsessiva, acompanyada de clínica dissociativa de desconexió de l'entorn i sensacions de desrealització fluctuant diàries. La clínica obsessiva es caracteritzava per por al contagi del coronavirus i es van reactivar els rituals de neteja de mans, evitació a sortir al carrer i inclús a sortir de la seva pròpia habitació, per por de contagiar-se tant ella com de contagiar la mare. En rebre la notícia de contagi per COVID-19 de la seva neboda i el seu pare, va presentar un episodi de mutisme d'origen dissociatiu de 48h de duració que va cedir espontàniament. Posteriorment, va anar empitjorant la suspicàcia i el paranoidisme, sense arribar a rang delirant, envers un veí al qual va començar a enviar correus electrònics, missatges de *WhatsApp* i a trucar-lo reiteradament perquè no fes soroll. En aquest context, es va reactivar la ideació autolítica pel què va ingressar en la unitat d'aguts durant dues setmanes. Allà, es van fer reajustaments farmacològics menors (es va afegir trazodona 50mg/dia i es va augmentar lleugerament el diazepam) del seu tractament habitual. La pacient va presentar una millora de la clínica afectiva, ansiosa i obsessiva i una desaparició de la ideació autolítica i de la ideació de perjudici en pocs dies, pel què va ser donada d'alta i derivada novament al HAD. Des de fa 3 setmanes, la pacient està ingressada al HAD, pendent de derivació a CSMA per haver assolit una estabilització clínica.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(301.83) *Trastorn límit de la personalitat.*

(300.3) *Trastorn obsessiu-compulsiu.*

(309.81) *Trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) amb símptomes dissociatius.*

DISCUSSIÓ

Aquest cas comporta un complex abordatge terapèutic donada la clínica del TLP i la presència de símptomes de diferents esferes, com són els símptomes depressius, ansiosos, obsessius-compulsius, dissociatius i posttraumàtics. Contextualitzant el cas, els antecedents traumàtics a la infància de la pacient justificarien l'aparició de símptomes compatibles amb TEPT però també de l'esfera ansiosa (TOC). A la infància de la pacient es van crear unes condicions que dificultaren l'estructuració d'una personalitat saludable i una adequada regulació emocional, que portarien en aquest cas a la conformació d'una personalitat desadaptativa (TLP). El context de la pandèmia i la condició de confinament ha provocat en aquesta pacient un empitjorament dels símptomes depressius, ansiosos i obsessius-compulsius, així com de la tendència al paranoïdisme, requerint un ingrés hospitalari i seguidament domiciliari per al seu tractament i contenció. Així, en aquesta circumstància clínica és especialment rellevant un adequat abordatge psicoterapèutic, que es complementaria amb un abordatge psicofarmacològic.

CONCLUSIONS

- És transcendent fer una adequada anamnesi i història clínica dels pacients, contextualitzant els símptomes per establir una correcta intervenció terapèutica.
- És important avaluar sistemàticament la presència d'esdeveniments traumàtics a la infància i al llarg de la vida de les persones que presenten un trastorn mental per poder establir el pla terapèutic adequat.

- En les persones amb TLP i TEPT, un context com l'actual de pandèmia i de confinament, pot desencadenar una descompensació del trastorn de base i comportar un risc de retraumatització, pel que s'ha de preveure aquesta possibilitat i fer un seguiment més intensiu.

REFERÈNCIES

[1] Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019 10;6(10):830-9.

[2] Melca IA, Yücel M, Mendlowicz MV, de Oliveira-Souza R, Fontenelle LF. The correlates of obsessive-compulsive, schizotypal, and borderline personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2015 Jun;33:15-24.

[3] Breet E, Kidd M, McGregor NW, Stein DJ, Lochner C. Suicide ideation and attempts in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2019 08 1;31(3):192-9.

Entre el risc i el perill: Violència de parella

Aïllament preventiu o confinament són paraules que denoten protecció en un escenari de pandèmia com en el que estem immersos. No obstant això, quan mirem de prop la vida de moltes dones que pateixen violència de gènere en les seves diferents formes, observem que l'aïllament social és una de les eines de la qual es val l'agressor per a controlar la seva vida. El que per a algunes significa protecció, per a unes altres és acostar-se dia a dia a l'horror de sentir que la seva vida corre més riscos dins de casa que fora.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 36 anys, en seguiment a consultes externes (CCEE) de Psiquiatria Perinatal des de Febrer de 2020, derivada des de CCEE d'Obstetrícia per Trastorn d'Ansietat i sospita de violència de gènere.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Colòmbia. Viu a Catalunya des de fa 6 anys amb la seva filla, resultat de la seva anterior relació des dels 16 anys (mort per assassinat al 2006, abans que la pacient sabés que estava embarassada). Víctima de maltractaments físics i psíquics per part d'aquesta primera parella. Manté bona relació amb la seva mare, no amb el seu pare. Té tres germans, escassa relació. Infermera especialitzada en pediatria. Treballava de cuidadora de gent gran (ho deixa per l'esforç físic). Viu amb la seva parella i filla de 12 anys; ell està en atur des de l'inici de la pandèmia. Relació de fa 5-6 anys, es coneixen per internet i conviuen durant 6 mesos a Colòmbia, on es casen. Explica maltractaments físics des de la primera setmana que arriba a Espanya i es van mantenir les agressions durant un temps. Relació distòcica amb ruptures freqüents. Actualment ella refereix maltractaments psicològics (insults, li diu que no serà capaç de criar al bebè, freqüents comentaris que minven la seva autoestima...).

Familiars: Familiar de primer grau amb esquizofrènia. Familiar de primer grau amb trastorn adaptatiu en seguiment a CSMIJ.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Hipotiroïdisme en tractament substitutiu, controls pregestacionals correctes.

Psiquiàtrics: Trastorn d'ansietat i símptomes de TEPT després de la mort del seu marit, que es van autolimitar. Possible depressió postpart no diagnosticada amb símptomes de rebuig cap a la bebè. Des de fa quatre anys, múltiples consultes per símptomes somàtics (palpitacions, mal de cap, dolor abdominal, vertígens, mareig, sensació de disfàgia i dispnea), valorada per múltiples especialistes. Fa dos anys inicia símptomes depressius (tristesa, apatia, hipohedònia amb idees de desesperança), insomni global, hiperorèxia, por intensa, autoreferencialitat (sensació que la seguien, l'empenyien) sense clínica al·lucinatòria. Inicia tractament des del CAP amb alprazolam i, al gener de 2018, marxa al seu país de naixement i allà inicien sertralina fins a 100mg/dia amb bona resposta.

Conductes addictives: Consum esporàdic de tabac abans de l'embaràs; abstinent actualment.

Tractament habitual: Sertralina 100mg/dia, Levotiroxina 75mcg/dia.

PROCÉS ACTUAL

Embaràs no planificat amb data d'última regla el 28/10/2019. A les 6 setmanes de l'embaràs suspèn el tractament amb sertralina per por a efectes sobre el bebè i, 5 setmanes després, presenta reactivació de la clínica ansiós-depressiva. Acudeix a control obstètric ordinari i, en obtenir un resultat positiu al qüestionari de cribatge per detectar violència contra la parella (Partner Violence Screen, PVS), es deriva a CCEE d'ARO (monogràfic d'alt risc obstètric, ARO de Salut Mental), psicologia del dispositiu d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) i al Servei d'Atenció i Informació a les Dones (SIAD).

Des de CCEE d'obstetrícia se'ns consulta telefònicament i s'aconsella reintroducció de sertralina i derivació al nostre servei per valoració psicopatològica.

La primera visita a CCEE de Psiquiatria Perinatal té lloc el 24/2/2020. És gestant de 18 setmanes. Refereix simptomatologia depressiva (cansament, falta d'energia, apatia, tendència a la clinofília) i idees passives de mort, que ha millorat parcialment des de la reintroducció de sertralina 100mg/dia fa tres setmanes. Ho relaciona amb un augment de maltractaments psicològics des de l'inici de l'embaràs (insults, humiliacions, control de moviments amb obstrucció a poder acudir a visites mèdiques sola o sortir a fer cap gestió, així com fer-li creure que no serà capaç de tirar endavant la criança de la seva filla). Explica sentiments de dependència i culpa quan es planteja una possible separació i retorn al país d'origen. Està esperançada amb l'arribada de la seva mare a principis de juliol. Té programada una primera visita al SIAD en dues setmanes.

Exploració psicopatològica: Vigil, orientada en temps, espai i persona. Col·laboradora. Sintònica. Euprosèxica. Llenguatge espontani, fluid i coherent. To baix. Ansietat somatitzada en forma de palpitations i mareig. Hipotímia, apatia, hipohedònia i falta d'energia. No ritmicitat circadiana. Manté funcionalitat únicament pel que fa la cura de la filla. Idees sobrevalorades d'incapacitat, culpa i idees passives de mort. Autoreferencialitat sense estructuració delirant o clínica al·lucinatòria. Hiporèxia. Insomni de manteniment (dorm 2h).

EVOLUCIÓ

S'orienta inicialment com un TDM en remissió parcial. Es revisa l'analítica amb funció tiroidea que és normal. Es decideix incrementar sertralina a 150mg/dia.

A mitjans d'abril es fa un seguiment telefònic per pla de contingència-COVID, durant el qual refereix millora de l'ànim i l'ansietat. Pel que fa a la relació de parella, contesta de manera evasiva. Se sol·licita el correu electrònic per afavorir la privacitat. Li han cancel·lat les visites al SIAD. Acordem mantenir el mateix tractament i se li donen pautes de consulta urgent.

A les dues setmanes, aprofitant un control obstètric, fem visita presencial, quedant el marit fora. Presenta un plor constant, important ansietat psicofísica. Explica sentiments d'estar atrapada a casa amb el marit, que ha perdut la feina, fet que possibilita el control permanent. No pot sortir sola al carrer. La relació amb la filla ha empitjorat, ja que aquesta no entén perquè tornen al país d'origen. S'afegeix la preocupació de que els vols de sortida de Colòmbia estan cancel·lats i la mare no podrà venir a finals de l'embaràs. Por al part i a que la filla es quedi a casa sola amb la parella, fet que encara encén més les alertes. S'administren escales de valoració de depressió (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), ansietat estat i tret (Qüestionari d' Ansietat Estat-Tret, STAI), vincle mare-fetus (Perinatal MASS) i recolzament social (MOSS) i s'obtenen els següents resultats: EPDS 28/30, STAI-E 46/60, STAI-R 53/60, MASS total 38/60, qualitat del vincle 21/30 i intensitat del vincle 17/30, MOSS Puntuació global 20, Suport Emocional 8, Ajuda material, Relacions socials d'oci i distracció 4, Suport afectiu 3. Aquests resultats mostren símptomes greus d'ansietat i depressió, amb una disminució de la intensitat i la qualitat del vincle mare-fetus i un escàs recolzament social. S'incrementa sertralina a 200mg/dia i s'afegeix lorazepam 0,5mg/12h.

Es contacta novament amb el SIAD i des d'allà es deriva el cas al Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE), un servei que ha obert durant el confinament i que ofereix atenció integral i recursos en el procés de recuperació i reparació a les dones que han patit o pateixen situació de violència, i també a llurs fills i filles.

Actualment, la pacient presenta una millora de l'estat d'ànim, la clínica ansiosa i el patró del son, presentant encara hiporèxia. Des del SIE se li ha proposat, quan ella estigui preparada, acollida a un pis per ella i les filles. Es mostra esperançada en el canvi.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.25) Trastorn depressiu major, en remissió parcial amb inici en el peripart.

(995.82) Maltractament psicològic per part de la parella sospitat.

DISCUSSIÓ

La violència contra les dones, inclòs el maltractament per part de la parella, és un problema de salut pública global i un incompliment dels drets humans, essent una manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, que se sustenta en el sistema patriarcal.

A part de la violència física, cada vegada es reporta i es reconeix més l'abús psicològic, que s'entén per l'hostilitat reiterada, verbal o no verbal, que atempta contra la integritat psíquica i emocional de la dona i/o s'utilitza per exercir control sobre ella. Són manifestacions d'aquest tipus la humiliació, els insults, l'exigència d'obediència, els crits, l'aïllament social, la culpabilització, el rebuig, el xantatge emocional i totes aquelles conductes que tinguin com objecte minvar l'autoestima de la persona.

D'altra banda, l'embaràs representa un període de vulnerabilitat particular, amb una prevalença del maltractament per part de la parella superior a altres complicacions obstètriques comunes, i que pot variar entre països i contextos culturals. S'ha relacionat amb un retard d'inici del control prenatal, major consum de tabac, alcohol i altres substàncies, estrès matern, depressió i mort violenta (suïcidi o homicidi). Tanmateix, la violència durant l'embaràs suposa un risc per a la salut i el benestar del fetus i s'ha associat de manera directa o indirecta a part prematur i baix pes al néixer. A més, aquests nounats tenen un risc més elevat de problemes de desenvolupament i de comportament.

Per a milers de dones a tot el món, les mesures de protecció contra la pandèmia del COVID-19, que les obliguen al confinament, porten implícit un enorme perill: reforcen l'aïllament dels qui ja són víctimes de violència, forcen la convivència permanent amb l'agressor i les separen de gairebé tots els recursos per a defensar-se. En aquest context, l'Institut Català de les Dones (ICD) ha desplegat diverses iniciatives per facilitar i garantir a les dones en situació de violència masclista l'accés als serveis. El telèfon 900 900 120 ha esdevingut en aquests dies un recurs molt adequat a la situació excepcional de falta de llibertat de moviments. Durant el primer mes i mig de

confinament s'han rebut un total de 2.173, un 88% més que les trucades rebudes els mesos de gener i febrer d'aquest mateix any, i el nombre de trucades ha anat augmentant al llarg del confinament. Respecte al tipus de violència, la violència física s'ha referit en el 39,5% dels casos, la violència psicològica en un 91,8%, la violència econòmica en un 7,1% i la violència sexual un 2,5%. S'ha de tenir en compte que els diferents tipus de violència masclista es poden donar de forma simultània.

Aquest cas és un exemple de maltractament psicològic de parella doblement exacerbada per la confirmació de la gestació i pel confinament, en què la pacient es veu forçada a la convivència permanent amb l'agressor, que simultàniament perd la feina. A l'estrès psicològic i emocional derivat del maltractament, s'hi suma l'estrès econòmic i el provocat per la impossibilitat d'arribada de la mare de la pacient de Colòmbia, única font de recolzament social de la pacient. Les condicions desfavorables i la suspensió del tractament antidepressiu desencadenen una recaiguda depressiva. L'abandonament bruscat del tractament es relaciona amb una elevada taxa de recaigudes de fins el 70% en trastorns depressius.

A més a més, l'embaràs ha resultat un punt crític per l'inici de la intervenció. Actualment, segons el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, es realitza cribratge universal per a la violència contra la parella, que en aquest cas ha permès la detecció de violència i la derivació a serveis especialitzats per a dissenyar un pla d'ajuda i mitigar-ne les conseqüències.

CONCLUSIONS

- La violència contra les dones, inclòs el maltractament per part de la parella, és un problema de salut pública global i l'embaràs representa un període de vulnerabilitat particular.
- Les mesures de protecció contra la pandèmia del COVID-19 reforcen l'aïllament dels qui ja són víctimes de violència, forcen la convivència permanent amb l'agressor i les separen de gairebé tots els recursos per a defensar-se.

- La consulta de seguiment i el control de l'embaràs és un espai privilegiat per a la detecció, atenció i suport de les dones en situació de violència, i cal aplicar de manera sistemàtica a totes les dones embarassades el protocol de detecció d'aquestes situacions.
- La planificació de la intervenció en les dones embarassades que estan en una situació de violència requereix una intervenció multidisciplinària en la qual participen els diferents professionals, tant de salut com de serveis socials i justícia.

REFERÈNCIES

[1] Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* (London, England). 2006;368(9543):1260–9.

[2] Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(2):141–4.

[3] Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*. 2006;295(5):499–507.

[4] Institut Català de les dones. Anàlisi de les trucades al telèfon 900 900 120 durant el confinament (de 16 de març a 30 d'abril) [Internet]. Barcelona, 2020. [Citat el 31 de maig de 2020]. Disponible a: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/Observatori/Trucades-L900-Confinament_1r.-mes_i_mig_v3.pdf.

[5] Generalitat de Catalunya-Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3^a edició revisada [Internet]. Barcelona; 2018. [Citat el 31 de maig de 2020]. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf.

“Ni amb tu ni sense tu”: distòcia familiar greu i confinament per la COVID-19

En aquest cas, s’observen indicadors de dinàmiques familiars disfuncionals durant el tractament d’un pacient amb TCA. A l’alta, s’inicia teràpia familiar ambulatoria amb una evolució favorable, centrant la intervenció en el projecte d’emancipació del pacient i en el conflicte de parella cronificat dels seus pares. Els avenços terapèutics es veuen interromputs pel confinament, que bloqueja la possibilitat d’emancipació, i per una reparació significativa de patrons de conducta limitants extingits prèviament a la situació sanitària de la COVID-19.

MOTIU DE CONSULTA

Home de 26 anys derivat des de la Unitat de TCA amb diagnòstic de TCA - No Especificat i trets de personalitat disfuncionals, per a avaluació i abordatge de distòcia familiar greu que s’hipotetitza com a interferència en la recuperació.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Barcelona. Fill únic, conviu amb els pares separats en el mateix domicili. Refereix problemàtica familiar de llarga evolució. Solter. Estudis universitaris d’enginyeria industrial que finalitza amb bon rendiment. Historial laboral inestable, interromp els contractes laborals per manca de motivació. Actualment treballa com a enginyer en una consultoria. Escassa xarxa social. Interès per la música i l’art.

Familiars: Familiar de primer grau en tractament psiquiàtric per fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica, probable trastorn de personalitat clúster B (límit i histriònic), trastorn d’estrès posttraumàtic i antecedents d’agorafòbia greu. Familiar de primer grau amb marcats trets de personalitat clúster B (narcissista i antisocial).

Sómato-quirúrgics: Síndrome de còlon irritable. Intervingut quirúrgicament del lligament creuat anterior.

Psiquiàtrics: Es reconeix com a víctima d'assetjament escolar durant la infantesa i adolescència. Descriu dificultats d'adaptació social de llarga evolució així com baix ànim, aïllament, tendència a la rumia i a avorrir-se ràpidament dels projectes que inicia, sentiments de buidor crònics i pensaments recurrents de “no encaixar”, que van ser atribuïts des de l'escola a la condició d'altas capacitats. Aquestes dificultats adaptatives es donen en el context de distòcia familiar greu i crònica amb múltiples separacions i reconciliacions dels pares, en una relació de parella indefinida, conflictiva i ambivalent, amb estils parentals discordants.

Primera consulta a salut mental als 23 anys, per clínica adaptativa en el context de la ruptura de la primera relació de parella significativa. Períodes de tractament amb ansiolítics i antidepressius, amb compliment irregular. Explica no assolir mai una millora significativa. Dificultats per vincular-se als professionals i mantenir els tractaments, múltiples canvis de referents.

Reconeix guany de pes posterior a la intervenció del lligament creuat anterior. En aquest context, s'inicien episodis de fartaneres seguits de vòmits auto-induïts amb funció compensatòria. Les conductes purgatives han respost també com a estratègia de regulació emocional en el context d'ansietat i malestar emocional importants. Consulta a la Unitat de TCA al juny del 2019, per pèrdua important de pes secundària a conductes restrictives d'uns mesos d'evolució, astènia i baix ànim. Es decideix ingrés a Hospital de Dia (HD) per a recuperació ponderal i abordatge de la clínica concomitant.

Conductes addictives: Consum ocasional d'alcohol en context social.

Tractament habitual: Fluoxetina 60mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

En el context del tractament a HD i de la recuperació ponderal, s'observen indicadors de dinàmiques familiars disfuncionals que s'hipotetitzen com a mantenidores del patró inflexible del pacient.

A l'octubre del 2019, es cita a la família (pares i pacient) per valorar en una primera visita amb psicologia clínica, la indicació de començar un procés de teràpia familiar. Es proposa un abordatge integrat en coordinació amb la Unitat de TCA, en la que el pacient manté seguiment ambulatori.

En la primera visita, es destaca: estil comunicatiu familiar agressiu, invalidacions freqüents entre els membres, indeterminació de la relació de parella i minimització del conflicte cronificat, dificultats dels pares per atendre les peticions del fill, reforç intermitent de conductes de malaltia i marcada emoció expressada. La mare pateix un atac de pànic al finalitzar la sessió i es mostra explícitament reticent a iniciar el procés psicoterapèutic.

Exploració psicopatològica: Vigil. Orientat en les tres esferes. Col·laborador, ocasionalment desafiant durant la visita. Hipotímia, apatia, hipohedònia. Discurs fluid i coherent, tendència a la rumia, contingut nihilista. Marcada ansietat psicofísica, tremolor distal. Múltiples queixes somàtiques inespecífiques i dolor. Idees sobrevalorades d'incapacitat. Idees passives de mort, sense ideació estructurada ni intenció de pas a l'acte. Amplificació de les dificultats personals.

EVOLUCIÓ

Des de la primera visita a la unitat a l'octubre del 2019, fins al març del 2020, l'evolució ha estat favorable, ajustada a la complexitat i cronificació del cas.

S'ha treballat des d'un abordatge conductual-contextual, sobre la història familiar personal dels pares i la història de parella, establint paral·lelismes entre models de conducta apresos en la família d'origen i les conductes inflexibles actuals en la relació.

Els estils parentals discordants i oposats (sobrepotecció vs. exigència-desafecció) s'han explicitat per tal d'unificar i integrar la necessitat d'autonomia, cura i reconeixement del fill. La relació de parella s'ha definit, amb l'acord de treballar per a millorar-la. S'ha explorat amb el pacient i la família la funció de les conductes abigarrades del seu patró limitant, amb les que obté l'atenció dels pares i la treva del conflicte conjugal. Les dificultats i barreres pel canvi i el patiment s'han validat, alhora que s'ha emplaçat als membres a fer canvis conductuals concrets. La implicació del fill en el conflicte de parella dels pares ha disminuït i s'ha emfatitzat el treball amb el pacient per a l'emancipació i la construcció d'un projecte de vida propi, orientat a valors personals i desvinculat del problema conjugal.

En el context de l'estat d'alarma per la COVID-19, es manté seguiment telemàtic amb la família, a través de videotrucada. El confinament altera les dinàmiques i hàbits familiars instaurats durant els mesos de teràpia i que permetien treballar favorablement pel canvi. Les activitats agradables s'interrompen, amb un cost significatiu especialment per la mare, que veu incrementada la clínica depressiva i agorafòbica. La inactivitat i l'augment del temps junts sense propòsit comporten una reaparició de les conductes inflexibles (agressivitat verbal, triangulació constant del fill...) i dels conflictes a nivell familiar. En aquest context, es detecta un empitjorament de la clínica TCA en el pacient, amb nous episodis de vòmits auto-induïts amb finalitat de regulació emocional i sospita de nova pèrdua de pes. Es bloqueja el procés d'emancipació que s'havia planificat previ a l'estat d'alarma i es plantegen noves amenaces de separació en la parella, amb la funció explícita de castigar a l'altre membre i evitar canvis en la dinàmica familiar.

Davant l'empitjorament significatiu i la desescalada de l'estat d'alarma, es planteja la possibilitat de reprendre les visites presencials. La reaparició de la clínica agorafòbica de la mare durant el confinament interfereix amb l'assistència a les sessions programades. La distòcia familiar reaguditzada atrapa de nou al pacient, que es mostra ambivalent sobre la idoneïtat de reiniciar el procés d'emancipació en el context del malestar conjugal.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(307.50) Trastorn de la conducta alimentària no especificat.

(301.9) Trastorn de la personalitat no especificat.

(Z63.8) Altres problemes relacionats amb el grup de suport primari. Nivell elevat d'emoció expressada en la família.

DISCUSSIÓ

Aquest cas implica un abordatge terapèutic coordinat i integrat, complex, que obliga a involucrar tots els membres de la família de forma activa en el tractament, ja que la psicopatologia del fill està relacionada amb el conflicte de parella dels pares i el reforç continuat i intermitent de conductes abigarrades i limitants. La distòcia familiar - especialment la conducta parental disfuncional - s'associa a un major risc en els fills de desenvolupar trastorns psiquiàtrics, tant en aquells amb antecedents familiars com en els que no. L'ingrés del pacient a HD va comportar una interrupció temporal del conflicte cronificat dels pares i va servir com a demanda d'ajuda a la família. Tot i que el motiu de consulta va ser el diagnòstic del fill, a les visites familiars els pares tenien una marcada dificultat per posar el focus en ell, i ocupaven les visites plantejant el seu patiment i conflictes conjugals de llarga evolució (conducta clínicament rellevant tipus 1 -mostra de la problemàtica que els porta a teràpia-).

La psicoteràpia, en freqüència setmanal i posteriorment quinzenal, va permetre treballar la vinculació amb la família, l'acord amb els objectius terapèutics, l'exploració de dinàmiques disfuncionals i el desplegament d'estratègies i conductes alternatives, així com potenciar l'autonomia del fill. En aquest sentit, la recerca assenyalava que les intervencions familiars redueixen les taxes de recaiguda, acceleren els processos de recuperació individual i milloren el benestar i el clima familiar.

El confinament va bloquejar certs avenços i va tenir la mateixa funció en el pacient que tenia el malestar conjugal: responsabilitzar-lo de solucionar el conflicte de parella i frenar l'emancipació. La teràpia estava enfocada a que el pacient es desvinculés del conflicte de parella i que pogués construir el seu projecte de vida personal i

significatiu. La família, per manca d'habilitats i un reforç intermitent de conductes de malaltia, atrapaven al pacient bloquejant els seus intents d'emancipació. El confinament va agreujar aquesta problemàtica, facilitant l'emergència de conductes inflexibles que estaven prèviament al repertori de la família.

CONCLUSIONS

- El confinament per la situació sanitària de la COVID-19 ha tingut un impacte negatiu en alguns processos psicoterapèutics iniciats - especialment en els familiars i de parella -, facilitant l'emergència de patrons de conducta limitants i bloquejant l'accés als recursos de suport previs.
- L'abordatge familiar permet, en ocasions, agilitzar el procés terapèutic individual, especialment en casos amb dificultats relacionals i en quadres en els que se sospita que hi ha un reforç de la conducta inflexible per part de l'entorn immediat.
- És recomanable fer un adequat abordatge de les resistències i pors als canvis de la família, explorant-les, validant-les i treballant la motivació al canvi des dels valors personals.

REFERÈNCIES

- [1] Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(5):453-60.
- [2] Heru, A. M. (2006). Family psychiatry: from research to practice. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(6):962-8.

Dol en aïllament per la COVID-19

El dol és la resposta natural davant una pèrdua o separació, freqüentment sense possibilitat de recuperació i que té una funció adaptativa. La vivència és diferent segons les característiques socioculturals de la població i també, els rituals de comiat que es duen a terme. Les ajudes externes, socials i familiars, són molt importants per a fer una correcta elaboració del dol. L'aïllament social que hem viscut durant la situació de pandèmia ens ha obligat a canviar la manera d'acomiar-nos i de viure el dol.

MOTIU DE CONSULTA

Home de 65 anys d'edat que és derivat des del CAP per febre, tos, dispnea i deposicions diarreïques de 5 dies d'evolució.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de Barcelona. Ha enviadat recentment, en context de pandèmia de COVID-19. Té dues filles d'una relació prèvia, amb bon vincle afectiu, però viuen lluny. Nega tenir altres familiars. S'ha jubilat fa uns mesos, anteriorment havia treballat d'operari a una fàbrica. Aficionat a l'horticultura, el futbol i els jocs de taula.

Familiars: Els nega.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Obesitat mòrbida. Dislipèmia, en tractament dietètic. HTA, en tractament dietètic i farmacològic. Diabetis mellitus tipus 2, en tractament dietètic i farmacològic. Fibril·lació auricular crònica, en tractament farmacològic. Esteatosi hepàtica secundària al consum diari d'alcohol. Síndrome de l'apnea obstructiva del son, portador de CPAP. Colecistectomia per una colelitiasi.

Psiquiàtrics: Els nega.

Conductes addictives: Ex-fumador fa 15 anys, anteriorment consumia mig paquet de

tabac al dia. Consum d'alcohol des dels 21 anys de 2UBEs/dia.

Tractament habitual: Losartan 50mg/dia, Bisoprolol 5mg/dia, Acenocumarol 4mg segons pauta, Omeprazol 20mg/dia, Amlodipino 5mg/dia, Glimepirida 2mg/dia.

PROCÉS ACTUAL

El pacient acudeix a urgències derivat pel seu MAP per presència de pics febrils de 39°C, tos, dispnea i deposicions diarreïques des de fa 5 dies. A l'exploració, el pacient es mostra hemodinàmicament estable, febril (38,6°C), sense treball respiratori aparent, amb saturacions d'oxigen entorn 86-92% (FIO₂ 21%). A l'auscultació pulmonar es detecten crepitants secs bilaterals basals. La resta de l'exploració no evidencia altres troballes agudes rellevants. Es realitza una placa de tòrax on es detecta una cardiomegàlia i infiltrats intersticials bilaterals de predomini als lòbuls superiors. Analíticament destaca l'elevació de ferritina (2199,8 ng/mL), LDH (801 U/L), D-dímer (349ng/mL) i PCR (48,9 mg/L). A la gasometria arterial s'evidencia una insuficiència respiratòria hipocàpnica amb alcalosi lleu (PAFI:243 mmHg). La PCR per la COVID-19 és positiva. S'orienta el quadre clínic com una pneumònia per COVID-19 i es decideix ingressar el pacient al centre hospitalari.

El pacient és traslladat a la unitat d'hospitalització de medicina interna, on se li explica l'ús dels tractaments fora de guia clínica, segons protocol COVID-19 de l'hospital, donant el consentiment verbal. A partir d'aquell moment, s'inicia tractament farmacològic amb hidroxicloroquina, ceftriaxona, azitromicina i lopinavir + ritonavir. Durant l'ingrés precisa de suport respiratori amb mascareta Monaghan. Progressivament, presenta una millora clínica, radiològica i analítica, motiu pel què als 11 dies d'ingrés es decideix traslladar-lo al pavelló municipal – habilitat com hospital de campanya – per a completar el tractament.

Durant l'estada al pavelló, s'afegeix simptomatologia ansiosa important de predomini vespertí i insomni, motiu pel qual se sol·licita una interconsulta al servei de psiquiatria.

El pacient explica que la seva dona havia mort tres dies abans que ell ingressés a

l'hospital. Es trobaven tots dos malalts al domicili, i durant la nit, la seva dona va presentar importants dificultats respiratòries que motivaren la sol·licitud d'assistència del SEM. Després d'anar-los a obrir la porta del domicili, al tornar amb la dona, aquesta ja no responia a estímuls, presentant una aturada cardiorespiratòria. El SEM va realitzar les maniobres de reanimació cardiopulmonar durant una hora sense poder recuperar la dona. Llavors, informaren al pacient que aquesta havia mort. Des d'aleshores, explica tenir la sensació de que tot és un malson, té pensaments recurrents en relació a l'episodi, així com un estat de tristesa amb insomni de conciliació i manteniment. Evolutivament, el quadre s'agreuja per l'aparició de símptomes físics ocasionals (sensació d'opressió centretoràcica, sudoració freda, sensació de nus a l'estómac i sensació de mort imminent) que, després de descartar causes orgàniques, són atribuïts a l'ansietat. En la primera valoració psiquiàtrica s'afegeix l'aparició recent de por anticipatòria al retorn al domicili, referint dificultats per poder afrontar la nova situació.

Exploració psicopatològica: En vigília, conscient, orientat auto i al·lopsíquicament. Euprosèctic. Sense alteracions mnèsiques aparents. Tranquil, col·laborador i abordable durant l'entrevista. Contacte sintònic. Aspecte adequat. Sense alteracions de la psicomotricitat ni la conducta. Discurs coherent i fluid, amb llenguatge adequat. Nega alteracions del curs del pensament. No presenta clínica de l'esfera psicòtica. Nega alteracions de la sensopercepció. Presenta tristesa reactiva a situació vital, proclivitat al plor, amb reactivitat de l'humor conservada, sense evidència de clínica afectiva major. Té episodis paroxístmics d'ansietat de predomini vespertí i tant de presentació somàtica – sensació d'opressió centretoràcica, sudoració freda, sensació de nus a l'estómac – com intrapsíquica – ruminacions entorn la tribulació personal –. Nega idees auto/heterolítiques. Hiporèxia lleu. Insomni de primera i segona fase. Judici de realitat conservat. *Insight* present.

EVOLUCIÓ

El pacient inicialment va acceptar una valoració, però posteriorment va rebutjar l'ofertament de tractament i seguiment. Durant la seva estada al pavelló va presentar un empitjorament de la simptomatologia anteriorment descrita que motivà la sol·licitud d'una segona visita psiquiàtrica en la què també acceptà tractament. S'instaurà tractament farmacològic amb lorazepam 1mg a demanda, ja que ho permetia la millora de la funció respiratòria. Això va permetre una regulació de la son i la millora de la vivència de les nits, motiu pel què s'estableix una pauta fixa del fàrmac. S'inicià el treball del dol i l'afrontament de la tornada al domicili. Tanmateix es realitzà un abordatge psicoeducatiu sobre l'angoixa i s'ensenyaren estratègies per al seu maneig.

A l'alta, el pacient acceptà continuar el seguiment amb psiquiatria així com al servei d'atenció psicològica a familiars afectats per la COVID-19.

A l'arribada al seu domicili, el pacient explicà no ser capaç d'entrar a l'habitació conjugal per presència tant d'imatges intrusives de la situació viscuda, com de pensaments recurrents envers la mort de la seva dona que s'acompanyaven de malestar emocional significatiu. També manifestà sentiments de frustració per l'aïllament social forçós degut al confinament per la pandèmia. De manera progressiva, la simptomatologia va millorar i el pacient començà a reprendre activitats habituals, tot mantenint tant el seguiment telefònic amb salut mental com el tractament hipnòtic.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

V62.82 (Z63.4) Dol no complicat.

DISCUSSIÓ

El confinament degut a la pandèmia COVID-19 ha canviat les experiències del dol, pel que es necessiten noves estratègies per abordar el procés.

Les pèrdues es produeixen de manera sobtada, són inesperades i, en moltes ocasions, traumàtiques.

El dol sense complicacions presenta diferents reaccions complexes: somàtiques, emocionals, cognitives i fins i tot alteracions psicopatològiques. És freqüent experimentar *shock*, commoció, tristesa, negació, culpa, ira, anhel... Algunes manifestacions psicopatològiques del dol no complicat poden ser la sensació d'irrealitat, confusió, al·lucinacions visuals i auditives breus, dificultats d'atenció i concentració, pensament rumiatiu, símptomes ansiosos, pèrdua d'interès en les activitats habituals, pèrdua de la gana i insomni. Molts d'aquests símptomes s'exemplifiquen al cas exposat, el d'una persona que afronta una pèrdua inesperada durant el tractament i convallescència al medi hospitalari. Durant l'estada en aquest medi, va presentar simptomatologia ansiosa i insomni, quelcom molt freqüent en els pacients ingressats per la infecció per COVID-19. En aquest cas però, la causa és mixta, tant per la infecció com pel dol.

Les situacions traumàtiques entorn la mort, juntament a la limitació o l'absència de suport social, es consideren dos factors predictius de dol complicat. Algunes de les conseqüències de les alteracions del dol són: increment dels suïcidis, nous diagnòstics psiquiàtrics, descompensacions de malalties psiquiàtriques ja diagnosticades, aparició de conductes de risc tals com el consum de substàncies, l'augment de problemes cardiovasculars i el càncer, entre d'altres. A l'arribada al domicili, el pacient va experimentar simptomatologia pròpia del dol amb imatges intrusives i sentiments de tristesa, que van millorar progressivament. Es va mantenir tractament psicofarmacològic per afavorir el descans, donat que s'havien associat les alteracions de la son amb símptomes depressius i d'estrès posttraumàtic, més greus a llarg termini. També es va promoure la comunicació amb els familiars per parlar de la pèrdua i es van facilitar estratègies per a planificar un comiat conjunt compatible amb la situació.

L'absència de suport social presencial i d'un acte de comiat dificulten el procés de dol en temps de confinament, encara que també és important el paper de la personalitat i els recursos personals. Per donar resposta a aquesta situació, diferents

fundacions i organitzacions han elaborat guies amb recomanacions pel dol durant el confinament orientades a la població general i als professionals de la salut. Els serveis de salut mental s'han reorganitzat per a poder donar suport durant aquesta situació amb la creació de serveis de suport psicològic específics.

CONCLUSIONS

- La situació de pandèmia per la COVID-19 ha canviat la manera d'abordar el dol, sense la dimensió social i els actes de comiat habituals.
- La simptomatologia del dol és variada, afectant a diferents àmbits somàtics i psicològics. És important donar eines per dur a terme el dol en aquesta situació per tal d'evitar la complicació d'aquest procés.
- El dol complicat s'associa a diferents comorbiditats, pel qual és necessari fer un abordatge multidisciplinari.
- El temps és necessari per l'elaboració del dol, però algunes persones es poden beneficiar d'un suport psicològic i/o de l'ús temporal de psicofàrmacs.

REFERÈNCIES

- [1] Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. *J Pain Symptom Manage*. 2020;S0885-3924(20)30207-4.
- [2] Mughal S, Azhar Y, Siddiqui WJ. Grief reaction. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- [3] Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288:112954.
- [4] Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;212:138- 149.

Els oblidats (també de la COVID-19): grups en situació de vulnerabilitat social

Els grups en situació de vulnerabilitat social, i especialment aquells que han viscut processos migratoris, es troben exposats a elevats nivells d'estrès i a una major incidència a patir problemes de salut mental durant el propi trajecte migratori i posteriorment durant l'adaptació a les noves circumstàncies. La inesperada arribada d'una pandèmia i tots els seus efectes col·laterals pot suposar un dramàtic empitjorament en les condicions de vida d'aquestes persones, empitjorant en molts casos el seu estat de salut, tant en l'àmbit físic com emocional.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 43 anys, derivada des del seu metge de capçalera al febrer del 2020 per empitjorament de la clínica ansiós-depressiva de mesos d'evolució.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural d'El Salvador. Té tres filles de 20, 19 i 15 anys. L'any 2018 va arribar a Espanya amb la seva filla mitjana, com a sol·licitants d'asil polític perquè la seva filla es trobava amenaçada de mort. No és fins a l'octubre del 2019 que aconsegueix portar a Espanya a les altres dues filles. En arribar, la filla gran s'assabenta que està embarassada fruit d'una violació (es troba en els darrers dies de gestació). Es troba també a l'espera que es resolgui el tràmit de la nacionalitat espanyola. No coneix a la seva família d'origen, va ser venuda als 3 anys d'edat i criada a un prostíbul fins als 7 anys, moment en què intervé la policia i és enviada a un convent de monges. Història de múltiples esdeveniments vitals traumàtics i víctima de maltractaments per part de la seva exparella (pare de les filles). Estudis primaris finalitzats. Ha treballat a Espanya cuidant a gent gran i en l'àmbit de la neteja. Des de fa 6 mesos no treballa per limitació funcional secundària a patologia de columna vertebral. Nul cercle social. Problemàtica econòmica i social, viuen ocupant un pis.

Familiars: Desconeix en família d'origen. Familiar de primer grau en seguiment per psiquiatria i psicologia per quadre depressiu amb ideació autolítica.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Lumbociatàlgia bilateral amb important limitació a nivell funcional. A la RMN: signes d'espondilosi-espondiloartrosi L3-S1 associada a protrusió L3-L4 i hèrnies discals de L4-L5 i L5-S1. Descompressió quirúrgica L4-S1, realitzada a El Salvador.

Psiquiàtrics: Explica seguiment per part de psiquiatria i psicologia des dels 7 anys, per simptomatologia ansiós-depressiva i simptomatologia compatible amb trastorn d'estrès posttraumàtic. Va ingressar durant dos anys (dels 12 als 14) a unitat psiquiàtrica per temptativa autolítica per sobreingesta medicamentosa i venoclisi, que va realitzar en context d'elevada ansietat per records del passat. Posteriorment, va mantenir seguiment per psicologia i tractament amb antidepressius, que no recorda, durant anys. Refereix altres dues temptatives posteriors, als 18 anys per venoclisi i als 33 anys per penjament en context de situació de maltractament per part de la parella, sent rescatada per la seva filla. Sense seguiment ni tractament des de fa dos anys.

Conductes addictives: Nega.

Tractament habitual: Ciclobenzaprina 100mg/dia, Tramadol+Paracetamol 75/650mg/8h, Gabapentina 800mg/8h.

PROCÉS ACTUAL

Segons explica la pacient, des de la seva arribada al nostre país, hi ha un progressiu empitjorament de la simptomatologia ansiós-depressiva en context de diversos estressors a nivell econòmic i social. Durant tot aquest temps s'ha trobat en un situació de màxima pobresa, sense disposar el nucli familiar d'ingressos econòmics. Al principi, va estar vivint al carrer amb la seva filla menor d'edat, fins que van ser acollides per un senyor d'edat avançada i amb un estat de salut delicat. Aquest els va oferir manutenció i sostre a canvi de cures i tasques de la llar. Aquesta persona va marxar del domicili fa uns mesos deixant un deute de diversos mesos del lloguer. Des

d'aquell moment la família ocupa l'habitatge, motiu pel qual se les ha informat que a mig termini seran desnonades.

Explica que malgrat la seva situació regular al nostre país, no pot treballar per la seva limitació funcional associada a la patologia de columna vertebral. Aquest fet li genera sentiments de frustració i impotència, ja que no existeixen altres possibilitats d'ingressos econòmics fins al moment. A més, la seva filla gran està esperant un fill (embaràs fruit d'una violació, i durant els controls gestacionals han detectat que l'embrió pateix una cardiopatia) i preveuen que la problemàtica econòmica empitjorarà a curt termini.

Arran de totes les dificultats descrites, la pacient refereix baix estat d'ànim, anhedònia, tendència al plor i a l'aïllament, cert abandonament de les cures personals, augment de l'ansietat basal a nivell psicofísic (tensió muscular, inquietud, ruminacions, angoixa,...) sentiments de desesperança, insomni de conciliació i son fragmentada, i hiporèxia amb pèrdua de pes no quantificada en els últims mesos. Refereix idees de mort passives i autolítiques no estructurades recurrents per no ser capaç de veure sortida a la situació actual.

Malgrat tota aquesta situació, és capaç de mantenir la seva rutina i la cura de les seves filles i de l'habitatge, i sol·licitar ajut i tractament.

Exploració psicopatològica: Conscient, orientada, col·laboradora. Aspecte descuidat. Contacte parcialment sintònic. Euprosèxica, nega dèficits mnèsics. Hipotímia subjectiva, objectivament afecte embotat i hiperreactivitat, refereix certa anestèsia afectiva i alexitímia de llarga durada (des que recorda). Refereix anhedònia, tendència a l'aïllament i al plor incoercible, abandonament de la cura personal, important ansietat basal a nivell psicofísic. Discurs espontani, fluid, coherent, centrat en la situació actual i problemàtica social i econòmica, sentiments de desesperança. Nega clínica psicòtica. Refereix idees de mort passives i autolítiques no estructurades recurrents en moments de desbordament emocional, nega en l'actualitat,

comprometent-se a demanar ajuda si apareixen de nou. No alteracions a nivell psicomotriu. Correcte *insight*. Judici de la realitat conservat.

EVOLUCIÓ

En la primera visita, orientem el diagnòstic com un Trastorn adaptatiu mixt en context de problemàtica econòmica i social, i possible Trastorn d'estrès posttraumàtic, i iniciem tractament amb escitalopram 10mg/dia i lorazepam 1mg/dia. Es deriva al Servei d'Informació i Atenció a la Dona per valorar tractament psicoterapèutic donat el pes dels episodis de maltractament en la seva història vital, i se sol·licita primera visita amb treballadora social del CSMA juntament amb l'estret seguiment per part de psiquiatria.

A mitjans de març es realitza la segona visita presencial, de ple en la crisi de la COVID-19. La pacient ha començat a prendre's el tractament prescrit fa només dues setmanes donat que no disposa dels recursos econòmics per comprar-los. Verbalitza empitjorament dels símptomes en relació a que la seva situació a nivell social i econòmica ha empitjorat, perquè tots els processos que havia iniciat per sol·licitar recursos s'han paralytats en el context de confinament. A més, se sent preocupada perquè un dels seus familiars ha realitzat una temptativa autolítica en context d'empitjorament de l'estat d'ànim per circumstàncies actuals d'aïllament i augment de les dinàmiques familiars disfuncionals. Per tots aquests fets se sent desbordada. Es reinterroga la simptomatologia suggestiva de Trastorn d'estrès posttraumàtic i explica anestèsia afectiva i alexitímia de llarga durada, records intrusius i malsons diaris de situacions traumàtiques viscudes. Ocasionalment també presenta al·lucinacions auditives intrapsíquiques de característiques catatímiques (veus de les persones que li van fer mal i dels seus pares biològics) i simptomatologia suggestiva de desrealització, així com importants dificultats per poder confiar en les persones i símptomes d'evitació de situacions similars. Tota aquesta simptomatologia s'ha reactivat i intensificat en les últimes setmanes arran de l'empitjorament descrit.

Se sol·licita avançar la visita amb treball social, donada la influència dels factors socials i econòmics en el seu malestar emocional. En aquesta primera visita

s'objectiva que no estan cobertes les necessitats bàsiques de la família, pel que es realitza coordinació amb serveis socials del territori i es posa en coneixement de diverses institucions socials la situació de la família. Ens informen que ja estaven al corrent del cas però, donada la contingència actual, el procés s'ha paratitzat.

En la següent visita, a principis d'abril, la pacient es troba una mica més animada perquè ha començat a treballar en una residència de gent gran i això la fa sentir-se realitzada, a més de la remuneració econòmica que percep. Al cap d'uns dies, és acomiadada a causa del fet que es redueix el personal per l'augment de contagis a la residència. A més a més, donat l'esforç físic realitzat, la lumbociatàlgia s'ha exacerbat i malgrat haver sol·licitat avançar la visita amb traumatologia, aquesta cita no ha estat possible per la paratització dels serveis sanitaris. En aquest context, la pacient presenta un marcat empitjorament dels símptomes i verbalitza ideació autolítica estructurada i idees de desesperança, impotència, dificultats per elaborar plans de futur a curt-mig termini. Es sol·licita derivació a l'Hospital de Dia per a ingrés i tractament.

En el moment actual, la pacient es troba encara ingressada a l'Hospital de Dia. Donada la resolució progressiva de la crisi de la COVID-19, s'agilitzen les diferents valoracions per part d'altres especialitats, així com per part dels recursos socials necessaris, i la pacient compleix un any d'empadronament sent-li possible tramitar una prestació social. Al mateix temps, realitza el tractament farmacològic i psicoterapèutic amb bon compliment i es duen a terme diferents intervencions en l'àmbit familiar. Amb tot això, va millorant de manera progressiva, recuperant l'esperança i elaborant un pla de futur a l'alta.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(309.81) Trastorn d'estrès posttraumàtic amb símptomes dissociatius.

(309.28) Trastorn d'adaptació mixte amb ansietat i estat d'ànim deprimat.

DISCUSSIÓ

Milions de persones es veuen obligades a marxar de les seves llars cada any, fugint de situacions en les quals perilla la seva vida, escapant de la violència, la guerra i l'opressió. De forma prèvia, i tenint en compte les històries personals i les circumstàncies vitals en què es veuen immerses per voler marxar de les seves cases, i durant el trajecte i el procés migratori, existeixen nombrosos factors estressants que poden afectar la salut mental de les persones migrants i en recerca d'asil. De la mateixa manera, una vegada tracten d'establir-se i construir una vida al nou país, travessen més dificultats de les habituals per aconseguir una adaptació a la seva nova realitat.

Les xifres relatives al patiment de problemes de salut mental recollides en diverses revisions sistemàtiques revelen que existeix una major i variable incidència respecte a la resta de la població de trastorns psiquiàtrics (fins a un 80%), ansietat (fins a un 40%), depressió (fins a un 44%) i T. estrès posttraumàtic (fins a un 36%). Tenint en compte que es tracta d'un sector més vulnerable de la població, cal pensar que un esdeveniment que agita i mobilitza a tota la població a escala mundial, repercutirà de manera encara més contundent en aquesta part de la societat.

Moltes d'aquestes persones viuen en condicions d'insalubritat, en domicilis amb poc sanejament i higiene i inclús en condicions d'amuntegament, sense recursos per mantenir una dieta i hàbits saludables, i amb menys accés a la informació i més dificultats per accedir als serveis sanitaris i socials. Tot això fa que estiguin més exposats a una possible infecció contagiosa com és la COVID-19, i que travessen una crisi de tal dimensió encara amb més por i incertesa, experimentant un major malestar emocional.

De la mateixa manera, un confinament (i més en les condicions descrites) pot desencadenar o intensificar dinàmiques familiars disfuncionals que es tradueix en una pitjor convivència, i de vegades en un augment de les situacions de maltractament i violència, amb importants repercussions a la salut física i mental.

Tal com es relata en el cas, l'aturada del sistema a escala mundial experimentat durant aquesta crisi, pot ocasionar una exacerbació de la situació ja precària

d'aquesta població, donat que en moltes ocasions es paralitzen els tràmits iniciats d'accés a una documentació reglada o a certes repercussions socials, sanitàries i econòmiques que, moltes vegades, triguen anys i impliquen un gran esforç.

De l'assoliment de tots aquests processos depenen la vida i el benestar de moltes persones en aquest context. En el temps que vivim resulta urgent realitzar una crida de cara establir estratègies comunitàries que afavoreixin el benestar a tots els nivells de la població, i en especial d'aquells que solen passar-se per alt.

El virus ens pot infectar a tots per igual, però definitivament, les seves empremtes econòmiques i socials són més profundes per uns que pels altres.

CONCLUSIONS

- Les persones en situació de vulnerabilitat social, com és en aquest cas la població immigrant i refugiada, parteixen en moltes ocasions de circumstàncies socials, econòmiques i personals particularment estressants, i d'una major predisposició a patir un problema de salut mental per aquest motiu.
- Durant la crisi secundària a la pandèmia per la COVID-19, són diversos els factors (condicions de vida, situació econòmica i social, desinformació, accés als recursos, dificultats per accedir a noves opcions telemàtiques,...) que situen a aquesta població en un lloc de major vulnerabilitat i estrès.
- Tot i la urgència i gravetat de l'impacte de la pandèmia, és important mantenir una mirada global i intentar visibilitzar i abordar l'aparició d'aquestes dificultats en situacions de risc, de cara a assegurar unes condicions mínimes de benestar per tota la població i mitigar, en la mesura del possible, un mal molt més gran.

REFERÈNCIES

- [1] Júnior JG, de Sales JP, Moreira MM, Pinheiro WR, Lima CKT, Neto MLR. A crisis within the crisis: The mental health situation of refugees in the world during the 2019 coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Res.* 2020 06;288:113000.
- [2] Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020 06;7(6):547-60.
- [3] Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas.* 2020 Jun;136:38-41.
- [4] Orcutt M, Patel P, Burns R, Hiam L, Aldridge R, Devakumar D, et al. Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response. *Lancet.* 2020 05 9;395(10235):1482-3.

L'ingrés psiquiàtric a una sala no psiquiàtrica

Presentem un cas de psicosi en primer episodi que, a causa de presentar positivitat per SARS-CoV-2, ha de ser ingressat a una sala convencional no psiquiàtrica i, per tant, oberta. Analitzem alguns aspectes complexos i peculiaritats del maneig d'un pacient amb alteració del judici de realitat i desorganització de la conducta fora d'una unitat de psiquiatria.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 29 anys acompanyada pel SEM a urgències de psiquiatria per ser trobada a un edifici amb alteracions de la conducta i discurs de contingut místic.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Procedent d'Argentina, es troba a Espanya des de fa uns 3 mesos per a cursar estudis de màster. Habita temporalment a una habitació de lloguer d'un pis turístic. La seva família es troba al país d'origen, de manera que la xarxa social propera actual és escassa.

Familiars: Nega antecedents familiars psiquiàtrics.

Sómato-quirúrgics: No presenta antecedents somato-quirúrgics d'interès.

Psiquiàtrics: Nega haver rebut diagnòstics previs de salut mental. Tampoc ha rebut tractament per psiquiatria. Ha acudit en el passat en 3 ocasions a consulta de psicologia per a acompanyament per a la gestió emocional en situacions vitals adverses.

Conductes addictives: La pacient explica consum d'alcohol i tabac de patró social de manera ocasional, amb un consum d'unes 2-3 UBEs i 1 cigarret per ocasió. Consum ocasional de cànnabis de quantitat i freqüència no clares. Fa uns mesos, va realitzar dues preses d'ayahuasca amb finalitat experimentadora. Les descriu com una experiència agradable. Explica haver presentat al·lucinosi, sense pèrdua de contacte

amb la realitat durant les experiències i amb remissió posterior de les dispercepcions presentades.

Tractament habitual: Sense tractament habitual.

PROCÉS ACTUAL

La pacient inicia, els dies previs a l'arribada al servei d'urgències de psiquiatria, quadre clínic consistent en idees delirants de tipus místic i megalomaniac, segons les quals hauria estat instruïda en la capacitat per sanar persones i solucionar la situació sanitària actual. També verbalitza tenir el poder de canalitzar diferents tipus d'energia i, en relació amb això, explica tenir diferents sensacions corporals estranyes. Progressivament es mostra amb major desorganització del pensament i la conducta. Ha disminuït les hores de son i l'actitud és expansiva. La pacient no explica consum de substàncies d'abús els dies previs ni esdeveniments estressants recents.

Exploració psicopatològica: A l'exploració psicopatològica inicial destaca desorientació en les tres esferes. L'actitud és hostil, amb un contacte assintònic. S'observa disprosèxia. El discurs és tangencial i per moments saltígrad i tradueix un pensament de contingut incoherent, disgregat. S'aconsegueixen entendre algunes idees de contingut místic i megalomaniac. Nega i no s'evidencien alteracions de la sensopercepció. Vivència d'escissió del jo. Ànim hipertímic. Mostra expansivitat. Augment d'energia. Disminució de les hores (no clarament de les necessitats) de son. Judici crític de la realitat alterat.

EVOLUCIÓ

Durant l'estada al servei d'urgències es realitza frotis nasofaringi i es cursa PCR per a la detecció de SARS-CoV-2. També s'extreu mostra de sang i orina amb resultats normals d'ambdós, descartant-se la presència de substàncies d'abús que poden sol·licitar-se al laboratori d'urgències (tetrahidrocannabinol, alcohol, opiàcis, cocaïna

i amfetamines). El frotis nasofaringi resulta positiu per SARS-CoV-2, però durant l'estada a urgències i, segons refereix els dies previs, no presenta simptomatologia típica.

Donat que el protocol de l'hospital indica que els pacients amb COVID-19 no poden ingressar a sala de psiquiatria ("sala neta"), la pacient és traslladada per a estudi i tractament de possible primer episodi psicòtic a una sala per a pacients SARS-CoV-2 positius: una sala convencional oberta no psiquiàtrica.

La pacient queda a càrrec del servei de psiquiatria, essent valorada diàriament per l'equip de psiquiatria d'enllaç. Val a dir que, inevitablement, el personal de la sala on ingressa no està habituat al maneig del pacient psiquiàtric, ni tampoc es disposa de la infraestructura estàndard de les sales de psiquiatria (espais comuns, sala de contenció o portes d'accés tancades, entre d'altres).

A causa que el curs presentat (instauració aguda) i altres característiques (per exemple, la desorientació en 3 esferes) no són típiques d'un trastorn psiquiàtric primari, es decideix ampliar l'estudi per descartar altres possibles causes: neurologia realitza punció lumbar per a estudi neuroimmunitari (per descartar una possible encefalitis) i RMN cerebral. A més, es realitza una analítica més completa i s'amplia la recerca de substàncies d'abús (per valorar un possible component tòxic de la simptomatologia).

Totes les proves es troben en valors normals i no s'observen troballes patològiques significatives que suggereixin una afecció mèdica causant de l'episodi.

A causa que la pacient presenta desorganització del pensament i la conducta i l'*insight* és nul, des del servei d'urgències, s'envia un fax al jutjat sol·licitant-se un internament involuntari.

S'instaura tractament amb olanzapina a dosi diària de 7.5mg juntament amb lorazepam 1mg a la nit. Es produeix amb això una ràpida millora amb tendència a l'adequació conductual. Inicialment, s'ha de reconduir verbalment en diverses ocasions, donat que la pacient no entén ni accepta l'hospitalització. No requereix contenció mecànica o farmacològica. També de forma ràpida hi ha una remissió dels

deliris i el discurs és més organitzat i intel·ligible. La pacient refereix en els primers dies que es troba “confosa”. Posteriorment, va entenent el motiu de l’ingrés i les pautes que se li donen. Va rebent les visites d’infermeria i psiquiatria i, després de 9 dies, l’estat de la pacient és tributari d’alta. No obstant, les condicions d’habitatge de la pacient no són adequades per dur a terme la quarantena un cop donada d’alta de l’hospital. És per això que s’ha de fer una derivació a un dispositiu extern a l’hospital habilitat per poder allargar l’ingrés de pacients amb COVID-19 quan ja no presenten un estat greu. Allà, serà donada d’alta després de 14 dies més d’ingrés. El règim de medicació a l’alta hospitalària és olanzapina 5mg/nit i indicació de seguiment per xarxa de salut mental ambulatoria.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(298.8) *Trastorn psicòtic breu.*

DISCUSSIÓ

La pandèmia de coronavirus ha portat a la reorganització de molts serveis hospitalaris, amb divisió dels pacients a diferents sales segons un criteri fonamental: la positivitat o no per SARS-CoV-2. Això porta al fet que els protocols i premisses habituals en un servei hagin hagut d’adaptar-se o ser duts a terme pel personal d’una planta diferent i, en ocasions, no habituat a aquest tipus de maneig.

Un exemple important és l’hospitalització psiquiàtrica d’un pacient en règim involuntari a una sala oberta (però amb requeriment d’un aïllament a l’habitació) que il·lustra aquest cas. En aquest sentit, el maneig de la desorganització de la conducta pot ser complex, sovint desencadenant la necessitat d’una reconducció verbal o farmacològica efectives que evitin l’agitació o haver de recórrer a les contencions mecàniques. Això últim pot ser més difícil si el personal és escàs o no està entrenat en aquesta tasca. Per aquest motiu, entre d’altres, alguns professionals d’altres serveis poden no estar còmodes amb el maneig del pacient psiquiàtric.

Així mateix, durant la crisi actual la Secció de psiquiatria d'interconsulta i enllaç ha adquirit un paper encara més clau al nostre centre, col·laborant estretament amb diverses especialitats i professionals per a donar resposta òptima a demandes, que han anat molt més enllà de l'aproximació psicofarmacològica. Cal destacar el paper d'infermeria de salut mental que ha fet costat als companys i companyes d'infermeria de sales convencionals pel maneig i assessorament en els casos que han requerit seguiment d'aspectes psiquiàtrics. Tot plegat, ha permès un enfortiment dels llaços entre la psiquiatria i la resta d'especialitats, que procurarem seguir enfortint un cop assolida la "nova normalitat".

L'atenció al pacient també s'ha hagut d'adaptar en el camp de la psiquiatria d'enllaç. Donada la potencial "pèrdua" de personal per contagi del virus, s'ha adoptat un model mixt. Aquest combina les visites presencials, quan són essencials, amb les telefòniques.

Finalment, fer esment a la continuïtat de l'abordatge un cop el pacient pot ser donat d'alta hospitalària: les precaucions segueixen, ja que el pacient no només ha de mantenir una autocura sinó ser capaç de realitzar una quarantena si està indicat. Aquesta possibilitat ha de ser contemplada i resolta prèvia a l'alta.

CONCLUSIONS

- La reorganització dels serveis de l'hospital segons la positivitat o no del pacient a SARS-CoV-2 ha portat a diferents professionals a haver de gestionar l'atenció d'un perfil de pacients diferents als que acostumaven a tractar.
- El pacient psiquiàtric, fins i tot aquell que presenta el judici de realitat alterat o disrupcions conductuals greus, ha hagut d'ingressar durant els mesos de pandèmia a sales convencionals obertes i amb personal no acostumat a tractar pacients amb descompensació d'un trastorn mental greu.

- En alguns centres, s'ha requerit una atenció estreta i constant a aquestes sales d'aquests pacients per personal de psiquiatria d'enllaç. Aquesta organització permet evitar que els professionals que tracten pacients SARS-CoV-2 positius atenguin també pacients negatius pel virus.
- La falta de condicions adaptades i personal entrenat en determinades tasques podria haver portat a l'augment de necessitat de tractament farmacològic, dels episodis d'agitació i de fugues, entre d'altres, entre els pacients psiquiàtrics que han requerit ingrés a sales convencionals.
- S'han aconseguit resultats satisfactoris dels ingressos psiquiàtrics a sales convencionals. Almenys en gran part, aquest èxit ha estat afavorit per una estreta col·laboració entre serveis i entre diferents professionals (metges, treball social, auxiliars i infermeria).

REFERÈNCIES

[1] Funk MC, Beach SR, Shah SB, Boland R. Consultation-Liaison Psychiatry in the Age of COVID-19: Reaffirming Ourselves and Our Worth. *Psychosomatics*. 2020 Sep-Oct;61(5):571-2.

[2] Shalev D, Shapiro PA. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 May - Jun;64:68-71.

[3] Ojeahere MI, de Filippis R, Ransing R, Karaliuniene R, Ullah I, Bytyçi DG, et al. Management of psychiatric conditions and delirium during the COVID-19 pandemic across continents: lessons learned and recommendations. *Brain Behav Immun Health*. 2020 Dec;9:100147.

UCI, no és país per a TMS? COVID-19 i estigma en salut mental

Presentem el cas d'una pacient diagnosticada d'un TMS i institucionalitzada des de fa anys en una MILLE. Malgrat la gravetat del seu trastorn, es tracta d'una persona independent per a les seves activitats i que gaudeix d'una bona qualitat de vida. En el marc de la pandèmia COVID-19, s'han creat protocols que regulen l'adequació de l'esforç terapèutic en funció d'edat, presència de comorbiditat i qualitat de vida dels pacients. En un context de limitació dels recursos disponibles, el procés de presa de decisions pot ser complicat i posar de manifest la presència d'una càrrega d'estigma associat als trastorns de salut mental.

MOTIU DE CONSULTA

Es tracta d'una dona de 58 anys ingressada a MILLE des de 2011 per la dificultat de sostenir-se en la comunitat degut als dèficits funcionals derivats de l'esquizofrènia paranoide crònica que pateix. A mitjans de març de 2020 presenta simptomatologia compatible amb COVID-19.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Natural de León. Estudis d'educació primària. Fins els 31 anys va treballar en servei domèstic i en fàbriques. Separada, amb dos fills. Convivia amb un fill, la parella d'aquest i el seu nét, fins que la inestabilitat derivada del seu trastorn va condicionar que es tramités la sol·licitud de MILLE, on resideix des de 2011.

Familiars: Familiar de primer grau, paràlisi cerebral i discapacitat intel·lectual; un altre familiar de primer grau, TUS.

Sómato-quirúrgics: Sense al·lèrgies conegudes. HTA en tractament farmacològic, de difícil control per possibles transgressions dietètiques de la pacient. Obesitat. Epilèpsia: crisis tònico-clòniques d'inici a la infància que es van reaguditzar amb l'inici del trastorn psiquiàtric. En els darrers anys, estable amb tractament amb fenitoïna

300mg/dia. No realitza seguiment amb neurologia. Intervencions Quirúrgiques: colecistectomia.

Psiquiàtrics: Diagnosticada d'esquizofrènia paranoide crònica. El quadre s'inicia als 14-15 anys, coincidint amb la mort del seu pare. Primer ingrés hospitalari al 1993. Ha requerit múltiples ingressos en unitats d'aguts, i en dues ocasions ha fet ingressos en unitat de subaguts (2004 i 2007). Ha rebut diversos tractaments tant amb antipsicòtics típics com atípics v.o. (risperidona, retirada per amenorrea; quetiapina 1200mg/dia, amb important increment de pes; perfenacina 16mg/dia; haloperidol fins 30mg/dia) així com en formulació depot (zuclopentixol, risperidona i pipotiacina). L'evolució ha estat marcada per la persistència interepisòdica de simptomatologia delirant-al·lucinatòria florida, així com simptomatologia negativa acusada. La seva manca de consciència de trastorn ha condicionat la manca d'adherència al tractament i seguiment en el CSMA de referència, presentant múltiples recaigudes. Es va intentar vincular a SRC i PSI sense èxit. Donada l'evolució i les dificultats de la família per contenir la situació, es sol·licita plaça en centre residencial de salut mental. L'any 2011, en context de canvi de tractament injectable, la pacient presenta un quadre de progressiva descompensació en forma de major repercussió conductual de la simptomatologia delirant-al·lucinatòria, incrementant els sol·liloquis, ja habituals en ella, l'insomni, i presentant un episodi d'heteroagressivitat que motiva un nou ingrés a unitat d'aguts. Donada la tòrpida evolució, la persistència de símptomes i la precària situació social, es decideix derivació a unitat de subaguts (USA) amb l'objectiu d'assolir una major estabilitat clínica i valoració de la situació social. Durant l'ingrés a USA, la pacient assoleix una relativa millora conductual, persistint certa tendència a l'aïllament, negativa a participar en tallers de rehabilitació i episodis puntuals d'irritabilitat i paranoidisme quan s'aborden les temàtiques delirants. En les successives entrevistes familiars es posen de manifest les dificultats del fill per a manegar la situació en el domicili. Evidenciant-se la refractarietat del cas i la problemàtica social associada, s'indica trasllat a unitat de MILLE, per a continuar estabilització psicopatològica i treballar el seu pas a residència. No obstant, la pacient roman ingressada a MILLE.

Conductes addictives: Sense hàbits tòxics.

Tractament habitual: Pipotiazina 200 mg/4 setmanes, Haloperidol gotes 30/8h.

PROCÉS ACTUAL

Pacient de 58 anys diagnosticada d'esquizofrènia paranoide de llarga evolució i que resideix en unitat de MILLE des de 2011. Persisteix abundant simptomatologia delirant-al·lucinatòria amb relativament poca repercussió conductual, que no li impedeix ser independent per a les seves activitats bàsiques i gaudir d'una bona qualitat de vida dins de la institució en la que viu.

Des del dia 11/3/2020 la pacient presenta tos i expectoració transparent, associant-se des del dia 13 febre (fins a 38°) i sensació de dificultat respiratòria, així com malestar general i falta de gana. Donada la sospita de COVID-19, es deriva a hospital general prèvia coordinació.

Exploració psicopatològica: Aspecte poc cuidat. Correcta i col·laboradora. Vigil, orientada. Sense alteracions franques de l'atenció. Paramnèsia. Eutímia subjectiva, empobriment ideoafectiu, humor aplanat, apato-abúlia. Discurs fluïd, taquilàlic, amb tendència al descarrilament, amb continguts delirants extravagants, parafrènia fantàstica. Probables al·lucinacions auditives. Nega alteracions del son o de la gana. No auto/heteroagressivitat. Nul *insight*.

EVOLUCIÓ

El dia 18/3 retorna a la unitat d'origen havent-se confirmat infecció per grip A i SARS-CoV-2. S'havia tractat amb amoxicil·lina-clavulànic i broncodil·latadors, i al seu retorn, la pacient es troba estable clínicament, amb bon estat general. S'indica aïllament en habitació durant 14 dies segons protocol del centre, presentant una bona evolució.

Tanmateix, el dia 31/3 es detecta pic febril de 38,3° sense altra simptomatologia acompanyant. Es pauta azitromicina i acetilcisteïna, al marge de paracetamol per la febre. Donada la persistència de pics febrils dos dies més tard, es pauta ceftriaxona i hidroxicloroquina. No obstant, persisteixen pics febrils, i si bé l'estat general està conservat, la pacient presenta saturacions d'O₂ de 91%, pel que es pauta oxigenoteràpia.

A nivell de proves complementàries, la placa de tòrax mostra infiltrat cotonós en hemicamp superior esquerre, i analíticament destaca leucopènia amb augment de ferritina i VSG.

S'heparinitza. Donada la persistència de febre, es pauta lopinavir/ritonavir associada a domperidona per millorar la tolerància gastrointestinal. Amb tot, les saturacions continuen baixes malgrat l'augment del flux d'oxigen. S'administren corticoides.

El dia 6/4 presenta episodi de desaturació intensa, taquipnea i a l'auscultació presenta crepitants disseminats. Després d'augmentar oxigenoteràpia amb Monaghan al 100%, la saturació d'O₂ s'estabilitza al voltant del 91%. S'administra metilprednisolona 80mg iv dosi única. La pacient ha completat tanda de tractament amb hidroxicloroquina i azitromicina segons el protocol del centre.

En aquest punt, d'acord amb equip COVID, es decideix la derivació de nou a hospital general. Cal mencionar el context: el nombre de casos probables creix dia a dia i el nombre de derivacions a l'hospital general s'incrementa, augmentant de forma exponencial la pressió assistencial a l'hospital receptor.

A l'hospital general, l'estat de la pacient empitjora de forma ràpida. Es planteja la possibilitat de derivació a UCI en un moment crític en el que la disponibilitat de llits UCI és extremadament volàtil, pel que cal adequar l'esforç terapèutic i prioritzar els casos en funció dels criteris establerts pel protocol del centre: edat, comorbiditat i, essencialment, qualitat de vida del pacient, criteris que tenen valor pronòstic en cas de requerir-se mesures de suport vital invasives.

En aquest punt, sorgeix un debat relatiu a la indicació del trasllat a UCI de la pacient en base a la comorbiditat psiquiàtrica. Existeix una certa resistència per a la seva derivació. Alguns dels arguments que es contemplen en la presa de la decisió d'ingressar la pacient a la UCI es basen en el dubte de, si per raó del seu trastorn mental, la pacient és tributària de limitació de l'esforç terapèutic, sobre la presumpció de què, essent una pacient amb TMS, aquesta és dependent i/o no gaudeix d'una bona qualitat de vida. Des de la nostra perspectiva, es va defensar que en cap cas la comorbiditat psiquiàtrica afectava a l'eficàcia i tolerabilitat de les mesures de suport vital invasives, es va al·ludir a la bona qualitat de vida de la pacient i a l'absoluta integritat de la dignitat de la persona, que en res es veu soscavada pel diagnòstic psiquiàtric.

Finalment, la pacient va acabar ingressant a UCI, on malauradament va ser èxitus el dia 11/4.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(295.90) Esquizofrènia, de curs continu.

DISCUSSIÓ

El present cas exemplifica la persistència de prejudicis i estigma associats als trastorns de salut mental. Lamentablement, no és infreqüent que el pacient psiquiàtric desperti actituds de temor, evitació o directament rebuig entre alguns professionals d'altres especialitats, condicionant la seva actitud terapèutica. En l'àmbit d'urgències, no poques vegades s'infravaloren les queixes dels pacients psiquiàtrics sota la presumpció de que estan influïdes o són expressió del trastorn psiquiàtric. En el marc de la interconsulta, és freqüent veure que no s'ha tingut en consideració la medicació psiquiàtrica quan un pacient amb un trastorn mental ingressa a l'hospital per qualsevol altre motiu. Són només uns pocs entre innumerables exemples de discriminació.

Aquest cas posa de manifest la necessitat de seguir treballant en la línia de sensibilitzar a la societat per la igualtat d'oportunitats i de drets d'un col·lectiu vulnerable que ha patit de forma particular els efectes de la pandèmia.

CONCLUSIONS

- La crisi derivada de la pandèmia COVID-19 ha propiciat situacions clíniques que han exigit complexos processos de presa de decisions en els que, en alguns casos com el present, han emergit prejudicis i consideracions relacionades amb la presència d'estigma associat als trastorns de salut mental.
- Els trastorns de salut mental no estan *per se* associats a dependència o disminució de la qualitat de vida, ni haurien de condicionar la possibilitat de rebre tractaments, ni justificar actituds d'abstenció o limitació terapèutica.
- Cal seguir treballant activament en la sensibilització i preservació de la dignitat, la igualtat de drets i d'oportunitats de les persones que pateixen trastorns de salut mental en els diferents àmbits de la nostra societat.

Paradigma del que no es va poder fer

Presentem el cas de'una pacient de 75 anys prèviament autònoma per a les activitats de la vida diària, amb antecedent de TDM recurrent, que ingressa en context de recaiguda per estabilització. Considerem que representa de manera molt paradigmàtica la situació d'incertesa, impotència i dilema ètic que ha suposat, per a metges i personal sanitari, la COVID-19. El trist desenllaç final ens va fer haver-nos d'enfrontar a una situació a la qual no estem habituats.

MOTIU DE CONSULTA

Dona de 75 anys que ingressa per simptomatologia depressiva en context de recaiguda del seu TDM recurrent, de difícil maneig ambulatori.

ANTECEDENTS

Psicobiogràfics: Originària d'Espanya, té dos germans i un fill amb els que té escassa relació. Parella estable des de fa anys amb la que, no obstant, no conviu; viu sola a un domicili de propietat. Cobra una pensió i rep suport social degut a trets de dependència. S'ha mantingut amb una correcta funcionalitat.

Familiars: Nega antecedents psiquiàtrics.

Sómato-quirúrgics: Al·lèrgia a la penicil·lina i metoclopramida. Factors de risc cardiovascular: HTA, dislipèmia, no diabetis mellitus. Antecedent d'úlceres gàstrica. Episodi de suboclusió intestinal el 2014.

Psiquiàtrics: Diagnòstic de TDM recurrent i trets ansiosos de personalitat. Primer episodi depressiu als 29 anys, en context de defunció de la figura paterna. Nou episodi als 38 anys, des de llavors, fins als 61 anys, no torna a presentar recaigudes depressives i manté tractament amb amitriptilina. L'any 2013 realitza un primer ingrés a la nostra unitat d'aguts, per un episodi depressiu major greu, i, des de llavors, ha ingressat en dues ocasions més (2014 i 2017). Al llarg de la malaltia ha realitzat

tractament amb múltiples antidepressius (ISRS, duals i tricíclics) i antipsicòtics (olanzapina, aripiprazol, risperidona i quetiapina). A l'ingrés de 2014 es realitza TEC degut a la resistència i gravetat de l'episodi, amb bona resposta. En canvi, a l'ingrés de 2017 existeix una resposta més aviat parcial a la TEC, pel que es manté en tractament amb duloxetina 150mg/dia, mirtazapina 30mg/dia i carbonat de liti 1000mg/dia, i, després d'un ingrés a subaguts per acabar la recuperació, assoleix una bona remissió, mantenint-se estable fins a l'ingrés actual. Bona vinculació a la xarxa de salut mental.

Conductes addictives: No en presenta.

Tractament habitual: Diazepam 10mg/dia, Lormetazepam 2mg/12h, Carbonat de liti 400mg/dia, Lorazepam 1mg/dia, Mirtazapina 30mg/dia, Olanzapina 5mg/dia, Àcid acetilsalicílic 100mg/dia, Espironolactona 25mg/dia, Enalapril 20mg/dia, Hidrosaluretil 25mg/dia, Omeprazol 20mg/dia, Paracetamol 1g/8h, Simvastatina 20mg/dia, Cinarizina 75mg 15gotes/8h, Ketotifeno 1comp/12h.

PROCÉS ACTUAL

Després de diverses consultes prèvies a urgències a finals de febrer de 2020, la pacient acut de nou el 05/03/20 arrel de realitzar una sobreingesta medicamentosa amb finalitat ansiolítica i sense clara finalitat autolítica. Com que es tracta d'una pacient en tractament amb sals de liti, es realitza una litèmia, destacant nivells de 1,6 mmol/L, sense clínica neurològica associada. Es decideix forçar diüresi, amb una nova litèmia control de 1,4 mmol/L a les 8h, pel que, a causa de l'estabilitat clínica, és traslladada a les nostres urgències de psiquiatria. A l'entrevista, la pacient refereix baix estat anímic, així com elevada ansietat psíquica, i s'objectiva important inquietud psicomotriu que dificulta l'entrevista. La pacient havia suspès feia un mes, i de mutu acord amb la seva psiquiatra de referència, el tractament amb duloxetina 150mg/dia, degut a l'estabilitat clínica dels últims tres anys. Des d'urgències es vincula a la unitat d'hospitalització a domicili, es reinicia duloxetina 60mg/dia i s' augmenta l'olanzapina a 15mg/dia.

La contenció a domicili, però, és dificultosa per les contínues demandes d'atenció als diferents recursos i la manca de suport familiar, de manera que, uns dies després, es decideix ingress a la sala d'aguts per a estabilització.

Exploració psicopatològica: Aspecte descuidat, hipomímica. Fàcies de gran angoixa. Col·laboradora, aprensiva. Contacte sintònic. Hipoprosèxica, elevada distracció. Conscient, desorientada parcialment en temps, no en espai o persona. No s'objectiven alteracions mnèsiques grolleres. Subjectivament hipotímica, objectivament poc reactiva amb gran angoixa, aspecte de por. Anhedònia. No irritable, moderada inquietud psicomotriu, juntament amb bradicinèsia i lleu rigidesa. No cognicions depressives de culpa o ruïna, encara que manté idees de desesperança. Insomni global. Appetit conservat, no pèrdua ponderal associada. Discurs espontani, hipofluid, reiteratiu, amb fenòmens de verbigeració centrats en queixes somàtiques. No s'objectiven alteracions del contingut del pensament ni de la sensopercepció. No ideació suïcida estructurada. Judici de realitat conservat. *Insight* correcte.

EVOLUCIÓ

Un cop arriba a la nostra sala d'aguts, la pacient es mostra demandant d'atenció, de vegades invasiva amb el personal sanitari, i presenta important inquietud psicomotriu i impossibilitat per a mantenir-se asseguda. Inicialment, presenta un discurs verbigerant centrat en queixes somàtiques secundàries a l'elevada ansietat. Es decideix instaurar tractament amb duloxetina 150mg/dia, mirtazapina 30mg/dia, olanzapina 20mg/dia i triazolam 0,25mg/dia, juntament amb levomepromazina en gotes s/p. Per la història de resistència dels episodis anteriors, encara que no existia la gravetat d'altres ocasions, es decideix demanar preoperatori i interconsulta al servei d'anestèsia per a valorar inici de TEC el més aviat possible.

Els dies següents, presenta un episodi de dolor i distensió abdominal; en el TAC abdominal s'objectiva una imatge compatible amb vòlvul de sigma, requerint una

colonoscòpia descompressiva que resulta efectiva. Durant els dies posteriors, ja no presenta queixes de dolor abdominal, realitzant deposicions amb normalitat.

Posteriorment, inicia una síndrome febril amb lleu dessaturació (fins 89%), juntament amb radiografia de tòrax sense infiltrats. Es realitza un aspirat nasofaríngic que resulta positiu per a SARS-CoV-2 i es decideix trasllat a la sala de medicina interna per a control. Durant la seva estada allà, s'inicia tractament amb hidroxicloroquina 200mg/12h i ceftriaxona 2g/dia; es desestima fer tractament amb azitromicina pel risc de prolongació del QT al prendre antidepressius i olanzapina. No precisa oxigenoteràpia i es manté eupneica a l'aire amb saturacions del 95%. A nivell psiquiàtric, persisteix una clínica ansiosa fluctuant i malestar que es controla farmacològicament. A causa de l'estabilitat clínica i l'absència de complicacions, amb data del 20 de març es decideix trasllat a un centre sociosanitari per a control evolutiu.

Passats cinc dies d'ingrés al centre sociosanitari, ens contacten demanant trasllat a la nostra sala d'aguts de psiquiatria, ja que psicopatològicament la pacient està pitjor (més inquieta, amb necessitat de contenció mecànica freqüentment, constant demanda d'atenció, ansietat i dificultats per la ingesta). És possible fer directament el trasllat a la sala d'aguts de psiquiatria perquè, en aquell moment, ja existien nombrosos casos de pacients amb SARS-CoV-2 a la nostra sala, s'havien frenat els ingressos de pacients i s'havia convertit en una sala COVID-19. A nivell somàtic, la pacient es mostra inicialment eupneica a l'aire, encara que en la radiografia de control s'objectiva afectació retículo-intersticial a camps mitjans i inferiors bilaterals.

En aquell moment, se sol·licita iniciar TEC, però no es pot dur a terme perquè la pacient és SARS-CoV-2 positiva i té una radiografia amb un infiltrat que anestèsia considera que és un factor de risc i que pot suposar un risc vital en un procediment anestèsic. L'evolució és tòrpida. Analíticament, s'objectiva una anèmia microcítica ja coneguda, un agreujament de limfopènia ($0,28 \times 10^9/L$), LDH 471 U/L i PCR 120.8 mg/L. Pocs dies després, presenta un empitjorament progressiu de l'estat clínic en forma de síndrome febril (temperatura màxima de 38,2°C), dessaturació del 86% a l'aire i inestabilitat hemodinàmica. És valorada per l'equip de pneumologia, recomanant la col·locació d'una màscara amb reservori, a més d'instauració d'una

bomba de noradrenalina. Tot i això, es manté amb empitjorament dels signes vitals a mesura que passen els dies; presenta episodis de desconexió del medi de pocs segons de duració, cada cop més freqüents, que s'orienten per neurologia com a possibles crisis comicials tipus absències. Finalment, és valorada per l'equip de medicina intensiva qui, a causa de la falta de recursos (només es trobaven disponibles dos llits de U.C.I dels noranta que havien arribat a estar operatius en aquell moment) i per criteri de l'edat de la pacient (amb gran pesar de l'intensivista), la desestima com a candidata a intubació orotraqueal. Es decideix intentar tractament amb Tocilizumab, tot i l'empitjorament en el control analític i radiològic. Per la falta d'alternatives terapèutiques i el progressiu empitjorament de la pacient, es decideix realitzar limitació de l'esforç terapèutic i aplicar mesures de confort. Finalment, la pacient és èxitus el 31.03.20.

DIAGNÒSTIC (DSM 5)

(296.33) *Trastorn depressiu major recurrent. Recaiguda depressiva.*

Infecció per SARS-CoV-2. Èxitus per complicacions de la COVID-19.

DISCUSSIÓ

S'exposa el cas d'una de les moltes persones afectades per la situació sanitària excepcional, qui va morir a la nostra sala d'aguts de psiquiatria durant el moment més àlgid de la pandèmia, per considerar que representa d'una forma molt paradigmàtica la situació d'incertesa, impotència i dilema ètic que ha suposat per a metges i personal sanitari la COVID-19.

Incertesa: perquè no teníem tractaments específics i sobre la marxa s'assajaven opcions que s'anaven publicant, les evolucions eren molt diferents sense tenir gran relació amb factors concrets que poguéssim controlar, apareixien símptomes i complicacions que desconeixíem, i la ràpida progressió de la malaltia pulmonar en alguns casos sorprenia d'un dia per l'altre.

Impotència: la malaltia infecciosa va impedir poder fer el tractament més adequat per al seu quadre depressiu, la TEC. La gravetat de la depressió va suposar, segurament, un factor de mal pronòstic per a l'evolució de la COVID-19. La manca de recursos - saturació de llits d'UCI amb suport respiratori adequat - va impedir que poguéssim dur a terme totes les opcions terapèutiques possibles.

Dilema ètic: haver de decidir qui seria candidat a recuperació i qui no, i en el cas de la pacient, no tenir l'opció de suport vital malgrat la seva bona autonomia prèvia i de tenir una patologia psiquiàtrica recuperable. No es van poder considerar alguns aspectes que, en condicions habituals, serien determinants per a decidir sobre la millor actitud terapèutica a seguir. Vam viure amb ella també la tristíssima experiència de la mort en soledat, sense l'acompanyament familiar i comptant, únicament, amb el suport del personal sanitari que l'atenia. I vam viure amb la seva família la dura situació de no poder acompanyar, acomiadar i compartir el final d'un ésser estimat. Aquell escenari es va repetir massa vegades en aquelles setmanes, segur que veurem les conseqüències en els propers mesos.

CONCLUSIONS

- La TEC, tractament indispensable per a molts dels pacients amb malaltia mental, hauria de considerar-se un procediment essencial i prioritzar la seva utilització, amb les condicions de seguretat necessàries per a personal i pacients.
- Els pacients amb malaltia mental i, en particular, amb ansietat i depressió, poden ser especialment vulnerables en temps de crisi.
- La dificultat de maneig dels pacients amb trastorn mental fa difícil, de vegades, la seva estada a unitats convencionals, de manera que s'ha de preveure que necessitarem unitats específiques per a pacients psiquiàtrics amb COVID-19 o adequar les sales de psiquiatria convencionals a les noves circumstàncies.

REFERÈNCIES

- [1] Yao H, Chen J, Xu Y. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): e21.
- [2] Melanie Bilbul M, Patricia Papparone P, Kim AM, Mutalik S, Ernst CL. Psychopharmacology of COVID-19. *Psychosomatics*. 2020;61:411–27.
- [3] Flexman AM, Abcejo AS, Avitsian R, De Sloovere V, Highton D, Juul N, et al. Neuroanesthesia Practice During the COVID-19 Pandemic: Recommendations From Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care (SNACC). *J Neurosurg Anesthesiol*. 2020;32:202–9
- [4] Gil-Badenes J, Valero R, Valentí M, Macau E, Bertran MJ, Claver G, et al. Electroconvulsive therapy protocol adaptation during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 276:241–48.

