

■ CASO CLÍNICO

Trastorno bipolar, litio y pluridisciplinariedad

Bipolar disorder, lithium and pluridisciplinarity

L.L. Sánchez Nievas¹, A. Gómez Bernal², R. Villanueva Puchalt³, B. García Tenés⁴,
A. Carrión Martínez^{4,5}

¹**Médica.** Residencia de Mayores Selegna. Bétera (Valencia).

²**Enfermera.** Residencia de Mayores Selegna. Bétera (Valencia).

³**Psicóloga.** Residencia de Mayores Selegna. Bétera (Valencia).

⁴**Farmacéutica.** Residencia de Mayores Selegna. Bétera (Valencia).

⁵**Directora.** Residencia de Mayores Selegna. Bétera (Valencia).

Introducción

La colaboración entre distintos profesionales manteniendo la metodología propia (pluridisciplinariedad) es un objetivo más que deseable en el ámbito sanitario.

Presentamos un caso clínico con intervención pluridisciplinaria y un beneficio evidente para el paciente, en el que cada uno de los profesionales actuantes ha aportado su propio conocimiento, lo que ha permitido transmitir al conjunto diversos tipos de intervenciones complementarias consiguiendo un beneficio adicional, la ampliación de conocimientos del equipo y la demostración de la imperiosa necesidad de comunicación, colaboración y coordinación interprofesional. Nosotros proponemos como coordinador al médico más cercano y accesible para el paciente.

Caso clínico

Mujer de 80 años de edad, institucionalizada en la Residencia de Mayores Selegna desde el año 2008. Sigue un tratamiento pautado por su psiquiatra habitual debido a un trastorno bipolar de larga evolución, diagnosticado hace 25 años, durante el cual se han realizado diferentes ajustes en su medicación.

A su llegada al centro, y tras la valoración inicial, presentaba una situación cognitiva dentro de la normalidad (estado GDS1 de la Escala de Deterioro Global de Reisberg¹); en el plano afectivo, se apreciaba una sintomatología ansioso-depresiva (llanto ocasional, tristeza, miedos, anhedonia, apatía, nerviosismo) y se observaban alteraciones del comportamiento (demanda de atención, frases repetitivas, deambulación y negativismo).

La adaptación se resolvió de forma positiva, integrándose en la dinámica residencial y relacionándose con sus compañeros en la medida en que su trastorno de base se lo permitía. Se benefició de las rutinas del centro y resultó satisfactorio para ella estar en una residencia atendida, y acompañada; era independiente mayoritariamente para las actividades básicas de la vida diaria.

En las tablas 1 y 2 se presentan los antecedentes personales en cuanto al diagnóstico y la farmacoterapia.

El informe de psicología indicaba que desde enero de 2008 hasta marzo de 2013 ha mantenido una estabilidad en todas las dimensiones valoradas desde el área psicológica:

Fecha de recepción: 09/09/2013. Fecha de aceptación: 21/10/2013.

Correspondencia: F. García Cebrián
Correo electrónico: fgjc@arrakis.es

- Respecto a las capacidades mentales, ha mantenido unos resultados estables dentro de la normalidad en las escalas de cribado cognitivo, la Escala de Lobo² (con puntuaciones entre 30 y 34 sobre los 35 puntos que valora la prueba), la Escala de Pheiffer³ (entre 0 y 2 errores de los 10 puntos que consta) y el Test del Reloj a la Orden² (se alcanzan valores negativos, sin alteración), por lo que se mantuvo todo este tiempo situada en el estadio GDS1 de la Escala de Deterioro Global de Reisberg.
- En el plano afectivo mostraba habitualmente una sintomatología ansioso-depresiva (apatía, llanto ocasional, anhedonia, inapetencia, tendencia voluntaria al aislamiento, indecisión, negativismo, somatizaciones, inquietud, nerviosismo), que alternaba con momentos puntuales de tendencias maníacas (con actitud eufórica, verborrea, rompiendo su autoaislamiento, mayor nivel de activación a pesar de dormir menos horas...).
- En el plano comportamental, se han mantenido constantes las alteraciones valoradas inicialmente.
- En cuanto a la adaptación, se ha mantenido desde su inicio adaptada e integrada en las rutinas y la dinámica residencial.

Ante la intensificación de la sintomatología depresiva a finales de marzo de 2013 en la paciente, que presentaba mayor nerviosismo e inquietud, la médica de la residencia solicitó una interconsulta con su psiquiatra, que le prescribió tratamiento con carbonato de litio, suspendido hace años por riesgo de incumplimiento. Inició una pauta ascendente en abril, durante 2 semanas, hasta alcanzar dosis de 800 mg/día.

El departamento de enfermería informó sobre la valoración para adultos por patrones funcionales de salud, según Marjory Gordon^{4,5}, antes y después del tratamiento con carbonato de litio (tabla 3).

Durante el tiempo que fue tratada con litio se comienza a observar un deterioro global, muy llamativo en el plano cognitivo. Los primeros síntomas son: dificultad tanto en el habla (lenguaje disártrico, empobrecido, repetitivo, múltiples anomias) como en la marcha, enlentecimiento significativo del procesamiento de la información, y alte-

Tabla 1. Patologías. Alergia a penicilinas. Sin dislipemia ni diabetes mellitus

Patologías		
Hipertensión arterial	Psicosis afectiva	Insuficiencia venosa
Infecciones urinarias repetidas	Insomnio	Artrosis
Estreñimiento pertinaz	Trastorno bipolar	Vértigo

Tabla 2. Farmacoterapia

Farmacoterapia	Inicio	Posología	Fin
Lactulosa 10 g, sobres	Antes de 2013	1-0-0-0	
Fluoxetina 20 mg, comprimidos	Antes de 2013	1-0-0-0	
Mirtazapina 30 mg, comprimidos	Antes de 2013	0-1-0-0	26/5/2013
Etoricoxib 60 mg, cápsulas	Antes de 2013	1-0-0-0	26/5/2013
Diacereína 50 mg, cápsulas	Antes de 2013	0-1-0-0	20/5/2013
Bromazepam 1,5 mg, cápsulas	Antes de 2013	Si precisa	
Lorazepam 1 mg, comprimidos	Antes de 2013	0-0-0-1	
Clonazepam 0,5 mg, comprimidos	Antes de 2013	1-1-1-1	26/5/2013
Zolpidem 10 mg, cápsulas	Antes de 2013	Si precisa	
Omeprazol 20 mg, cápsulas	Antes de 2013	1-0-0-0	20/5/2013
Torasemida 5 mg, comprimidos	Antes de 2013	1-0-0-0	20/5/2013
Carbonato de litio 400 mg, comprimidos	11/5/2013	2-0-0-0	04/6/2013
Carbamazepina 200 mg, comprimidos	26/5/2013	1-1-0-1	
Pantoprazol 20 mg, comprimidos	20/5/2013	1-0-0-0	
Clomipramina 75 mg, comprimidos	26/5/2013	0-0-0-1	04/6/2013

Tabla 3. Patrones funcionales de salud

Patrón	Antes del litio	Después del litio
Percepción/manejo salud	Aceptable	Nerviosa y ansiosa
Nutricional/metabólico	Buena. MNA 27 puntos	Riesgo de desnutrición. MNA 17 puntos con pérdida de 1 kg de peso
Eliminación	Incontinencia urinaria leve	Incontinencia urinaria Incontinencia fecal
Actividad/ejercicio	Norton 19; Dawton 6; Tinetti 25; Up&Go 2 Ausencia de riesgo de ulceraciones y caídas	Norton 12; Dawton 9; Tinetti 7; Up&Go 4 Aumento de riesgo de ulceraciones y caídas
Sueño/descanso	Orientada en tiempo y espacio	Alteraciones de memoria y desorientada en tiempo Orientada en espacio
Percepción/autoconcepto	Se considera una persona triste, nerviosa y abrumada por su enfermedad	Refiere encontrarse bien la mayor parte del tiempo
Rol/relaciones	Aceptable	Aceptable
Sexualidad/reproducción	Sin cambios cuantificables	Sin cambios cuantificables
Adaptación/tolerancia al estrés	Inquieta y nerviosa	Menos inquieta y menos nerviosismo
Valores/creencias	Católica practicante	Católica practicante

MNA: Mini Nutritional Assessment. Cribado nutricional para ancianos. Disponible en: www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf

ración importante de la atención, la concentración, la memoria y las funciones ejecutivas (dificultad en la inhibición, la planificación y la ejecución). Se observaba más inquieta y nerviosa, con alteraciones de la conducta más exacerbadas (gritos demandando atención e intentos de deambulación con alto riesgo de caídas, por lo que tuvo que pautarse sujeción en sedestación y en cama), mayor indecisión y negativismo.

Se solicitó un informe farmacoterapéutico a la farmacia (tabla 4).

La estimación de la probabilidad de identificación de una reacción adversa por carbonato de litio mediante el método de Naranjo⁸ obtuvo una valoración de 6 puntos, calificada como probable.

Coincidiendo con la consecución de dosis máxima (800 mg/día), la paciente desarrolló un cuadro de alteración de la estática y la marcha con distonía axial, así como una notoria alteración de la atención, la concentración, la memoria y la orientación, y presentación de un lenguaje de tipo disfásico.

El departamento de enfermería informó de importantes alteraciones en el análisis de patrones funcionales de salud, según Gordon.

El servicio de psicología indicó cambios negativos en la Escala de Lobo (baja 19 puntos) y la Escala de Pfeiffer (pasa de 2 a 8 errores), así como la incapacidad para realizar el Test del Reloj a la orden, resultados compatibles con un deterioro cognitivo grave y una demencia severa.

Ante la situación creada, la médica de la residencia decidió remitir nuevamente a la paciente a consultas de psiquiatría. Se mantuvieron las dosis de litio en 800 mg/día por indicación psiquiátrica, a pesar de que la litemia (litio 1,5 mEq/L) superaba el rango terapéutico (0,5-1,2). El resto de parámetros eran normales.

En los días posteriores, se realizó un estudio y una adecuación de la farmacoterapia en la residencia, y se suspendió la medicación con etoricoxib, diacereína, torasemida y omeprazol, sustituido por pantoprazol. Al mismo tiempo, la médica del centro redujo la dosis de litio a 400 mg/día, con lo que los valores de litemia disminuyeron 10 días después a 0,7 mEq/L, concentración dentro del rango terapéutico. Se procedió también a sustituir mirtazapina por clomipramina, y clonazepam por carbamazepina, pero el cuadro clínico anterior continuaba.

Tabla 4. Estudio de interacciones farmacológicas**Interacciones informadas por la farmacéutica^{6,7}**

Carbonato de litio-torasemida	Aumento de la litemia
Carbonato de litio-fluoxetina	Aumento de la litemia
Fluoxetina-mirtazapina	Riesgo de síndrome serotoninérgico

Durante este proceso de ajuste de medicación, la paciente presentó un episodio de atragantamiento con aspiración de gran contenido alimentario, por lo que se remitió al servicio de urgencias del hospital de referencia, del que fue dada de alta tras permanecer clínicamente estable y con una radiografía de tórax normal.

Ante la persistencia del cuadro clínico, se remitió a la paciente al servicio de neurología, al que acudió el 4 de junio de 2013 y quedó ingresada para su estudio. Las pruebas diagnósticas realizadas resultaron dentro de la normalidad, con la excepción del encefalograma, que revelaba una actividad paroxística generalizada, compatible con una impregnación de litio.

Durante su ingreso fue valorada por el servicio de psiquiatría, en el que se descartó una sintomatología afectiva mayor. En la exploración, se constataban síntomas compatibles con un cuadro serotoninérgico y anticolinérgico (temblor, hipersudoración, inquietud, estreñimiento).

Dada la situación clínica, se decidió reajustar el tratamiento suspendiendo el carbonato de litio y la clomipramina. En el momento del alta hospitalaria, el día 7 de junio, la paciente había recuperado su situación basal (a excepción de la incontinencia urinaria, que persistía) con los siguientes diagnósticos:

1. Encefalopatía tóxica secundaria a litio.
2. Síndrome serotoninérgico y anticolinérgico iatrogénico.
3. Trastorno bipolar.

Quince días después se realizó un nuevo pase de escalas cognitivas, en las que se constató la recuperación mental de la residente, volviendo a los resultados iniciales en las Escalas de Lobo (31 puntos sobre 35) y de Pfeiffer (2 errores sobre 10 puntos). El Test del Reloj se mantenía alterado, pero con puntuaciones muy cercanas a la normalidad (el TRO es de 5 puntos sobre 10).

El 27 de junio se realizó a la paciente una resonancia magnética cerebral, con los siguientes resultados específicos: múltiples focos isquémicos de tipo lacunar y carácter confluyente, distribuidos en la sustancia blanca periventricular frontoparietal, bilaterales antiguos; cambios involutivos atróficos de tipo senil; línea media centrada y sustancia ventricular de tamaño normal; marcada elongación del tronco basilar que provoca la deformidad de la variante anterior del bulbo raquídeo. En el estudio de difusión no se obtuvieron hallazgos relevantes.

Por tanto, puede deducirse, junto con la retirada del carbonato de litio, que el cuadro sufrido fue exclusivamente debido a una acumulación de litio, sin que exista otra patología o justificación del mismo.

Resultados

La paciente recuperó razonablemente su situación basal.

Conclusión

Con este caso se comprueba la necesidad de realizar una atención sanitaria pluridisciplinaria.

Reflexión

Hemos querido exponer un caso clínico con dos interacciones ampliamente conocidas, causadas por unas asociaciones farmacológicas que, aun así, se utilizan o no se evitan habitualmente.

Se tiene la certeza de que la asociación de antidepresivos aumenta la probabilidad de presentar un síndrome serotoninérgico, así como que el carbonato de litio interacciona con un buen número de medicamentos que incrementan su toxicidad. A pesar de ello, estas asociaciones se emplean con frecuencia, lo que puede justificarse por la supuesta mejora de los resultados en salud de acuerdo con la experiencia anterior de los prescriptores.

Contrariamente a lo deseado, la gravedad de ambas interacciones puso en riesgo la vida de la paciente, aunque afortunadamente el entorno sanitario que provocó la iatrogenia pudo reconducir la situación clínica.

Por consiguiente, finalizamos dejando sobre el papel algunas cuestiones relacionadas con las personas mayores polimedizadas:

- ¿Hay que establecer límites a las intervenciones sanitarias y contrastarlas con la opción de «esperar y ver» de la no intervención?
- ¿Conviene revisar la eficiencia del acceso y el contacto con el sistema sanitario de las personas mayores adecuándolas a su forma de vida?

Bibliografía

1. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatr.* 1982; 139: 1.136-1.139.
2. Leturia Arrazola FJ, Yanguas Lezaun JJ, Arriola Manchola E, Uriarte Méndez A. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Madrid: Cáritas Española, 2001.
3. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23: 433-441.
4. Benavent Garcés MA, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2001.
5. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier, 2002.
6. BOT plus 2.0 versión 2013. Disponible en: <http://www.portalfarma.com>
7. <http://www.medinteract.net/interacciones.php> (Consultada el 10 de abril de 2013, con acceso desde <http://www.pharmaceutical-care.org/#>)
8. Naranjo CA. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther.* 1981; 30: 239-245.