



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

**Enfoque diagnóstico y terapéutico de un primer episodio  
psicótico**

**Diagnostic and therapeutic approach to a first psychotic episode**

**Perlas  
Clínicas**

en Medicina





## Enfoque diagnóstico y terapéutico de un primer episodio psicótico Diagnostic and therapeutic approach to a first psychotic episode

**Daniel Andrade Rosero**

Residente de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

**DOI:** <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.13>

**Palabras clave:** Trastornos Mentales, Trastornos Neuróticos, Trastornos Psicóticos.

**Keywords:** Mental Disorders, Neurotic Disorders, Psychotic Disorders.

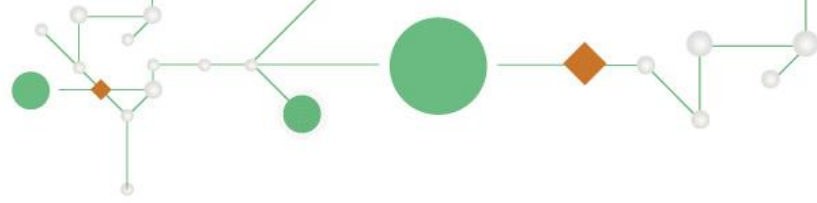
**Cómo citar este artículo:** Andrade Rosero, D. Enfoque diagnóstico y terapéutico de un primer episodio psicótico [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2023 [acceso día de mes de año]. Disponible en: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.13>

### Guía para el aprendizaje

#### ¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

**Psicosis:** Se define como una conciencia de la realidad alterada y la presencia de alguno de estos síntomas: alucinaciones, delirios o ideas delirantes, pensamiento o comportamiento desorganizado o catatónico. Algunos autores definen que estos síntomas deben durar más de 7 días, otros refieren que si por la intensidad de los síntomas se requiere valoración en urgencias u hospitalización pueden durar menos de 7 días.





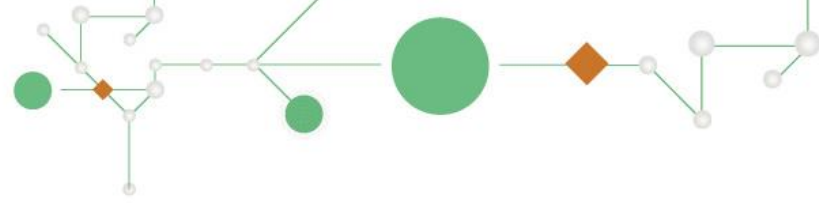
- **Realidad alterada:** aunque al paciente se le confronte con una realidad comprobable, no logra discernir entre lo que es real y lo que no lo es.
- **Ideas delirantes:** falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa; esta creencia no está aceptada por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto.
- **Alucinaciones:** la percepción de estímulos auditivos, visuales, táctiles u olfatorios en ausencia de una fuente real de estos.
- **Pensamiento desorganizado:** pérdida de la asociación de las ideas o de la semántica, es decir, con una combinación de palabras y oraciones en un orden que las hace difíciles de comprender para los demás y puede llegar a dificultar la comunicación.
- **Comportamiento desorganizado o catatónico:** Comportamiento sexual inapropiado, conductas sin un objetivo o un propósito, descuido personal, apariencia inusual, hasta actos de violencia súbitos, no provocados. El comportamiento catatónico incluye inmovilidad, posturas fijas o extrañas, mutismo, obediencia automática, flexibilidad cérea, entre otras.

**Primer episodio psicótico (PEP):** Se refiere a la presencia por primera vez de síntomas psicóticos, independientemente del tiempo de evolución y que no haya recibido tratamiento previamente.

### Los objetivos de este capítulo serán:

- Reconocer los síntomas que te hagan sospechar de un PEP, descartar causas primarias por medio de un perfil de paraclínicos adecuados y el tratamiento óptimo.





## 1. Viñeta clínica

Se presenta al servicio de urgencias de II nivel un paciente masculino de 27 años, natural y residente en Medellín, vive con sus padres, soltero, sin hijos, estudió hasta tercer semestre de ingeniería de sistemas y se retiró hace 3 años. Acompañado por la madre. Consultan por cambios de la conducta de 2 años de evolución, que han empeorado en los últimos 3 meses y hace 3 días se torna suspicaz, perplejo, con discurso incoherente, ideas delirantes de persecución y daño; el paciente comenta: "Un señor de una moto me estaba siguiendo, las luces de los semáforos me quieren decir algo". La madre relata: "está hablando solo y dice que lo siguen porque no paga impuestos, habla de *iluminatis*, los amigos me han contado que a veces le da la paranoia y los llama para que lo recojan", "sale mucho de fiesta, no sé qué consume". Sin agresividad o agitación, al momento de valoración con actitud mutista.

## 2. Desarrollo

Psicosis es un síntoma de diferentes síndromes tanto psiquiátricos (primarios) o de origen médico general (secundarios); a continuación, nombraremos algunos de ellos:

### Psicosis primarias

- Esquizofrenia y sus espectros: Trastorno esquizofreniforme, T. Esquizoafectivo. T. psicótico breve, T. Delirante.
- Trastornos del estado de ánimo: Trastorno afectivo bipolar (TAB), depresión con psicosis. Trastorno de estrés postraumático (TEPT), T. de identidad disociativa.
- T. de personalidad: paranoide, esquizotípico, esquizoide y límite.
- T. de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa.







## Psicosis secundarias:

A continuación, las posibles causas secundarias separadas por sistemas,

### Tabla 1:

**Tabla 1.** Causas de psicosis secundarias

Sistema nervioso central	Trastornos autoinmunes
- Trauma de la cabeza	- Lupus eritematoso sistémico
- Lesión cerebral congénita/anóxica	- Fiebre reumática - Miastenia gravis
- Epilepsia	- Síndrome paraneoplásico
- Delirium	- Encefalitis anti-NMDA
- Demencias Enfermedad de Parkinson	- Encefalomiелitis diseminada aguda
- enfermedad priónica	Problemas relacionados con el consumo de sustancias
- Accidente cerebrovascular (isquémico, hemorrágico)	- Recreativo (alucinógenos, estimulantes, cannabis, sintéticos, benzodiazepinas, alcohol)
- hidrocefalia	- Iatrogénico (esteroides, antipalúdicos, isoniazida, anticolinérgicos)
- Enfermedad de Huntington	
- Migraña	





- Masas (tumor cerebral, absceso, quiste, esclerosis tuberosa, sarcoidosis)
- Enfermedad desmielinizante
- Esclerosis múltiple
- Leucodistrofia metacromática
- Enfermedad de Schilder
- Enfermedad de Marchiafava - Bignami
- Infecciones
- Virus de inmunodeficiencia humana
- Encefalitis viral (HSV, CMV, EBV, sarampión, rubéola, varicela, rabia)
- Encefalitis bacteriana (tuberculosis, Mycoplasma pneumoniae, Brucella)
- Neurosífilis
- Neuroborreliosis (enfermedad de Lyme)
- Infecciones parasitarias del SNC (toxoplasmosis, paludismo, cisticercosis, criptococo)

#### Anomalías cromosómicas

- Anomalías en los cromosomas sexuales (síndrome de Klinefelter XXY, síndrome de Turner XO)
- Síndrome X frágil
- Ataxia de Friedreich
- Síndrome de Prader-Willi
- Síndrome de Fahr

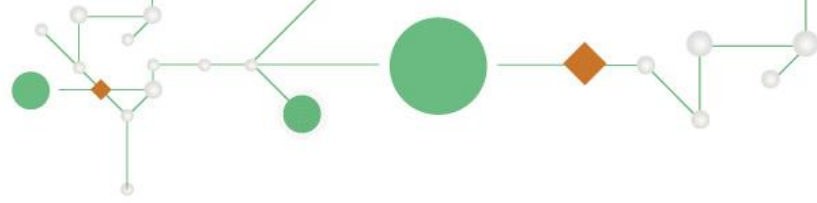
#### Endocrinopatías

- Hipoglucemia
- Enfermedad de Addison
- Feocromocitoma
- Enfermedad de Cushing
- Hiper e hipotiroidismo
- Hipo e hiperparatiroides
- Trastornos del sueño
- Narcolepsia
- Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas
- Deficiencias nutricionales: Mg, vitamina A, D, B1, B3, B12

#### Trastornos metabólicos

- Aberraciones de aminoácidos (Hartnup, homocistinuria, fenilcetonuria)
- Porfiria
- Enfermedad de Wilson
- Gangliosidosis GM2
- Enfermedad de Fabry
- Enfermedad de Niemann-Pick tipo C





- Enfermedad de Gaucher (tipo adulto)

\*Adaptado de: *Skikic, M., & Arriola, J. M. (2020). First Episode Psychosis Medical Workup. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29(1), 15-28.*

## Epidemiología

Pocos estudios han caracterizado la epidemiología del PEP, por la heterogeneidad clínica, al tratarse de un síntoma secundario a causas médico-generales y múltiples psicopatologías mayores. Aunque los resultados de los estudios se han enfocado más en la psicosis del espectro de la esquizofrenia, la "percepción" general de prevalencia es variable según diferentes poblaciones, pero se ha determinado de 1 a 2 por 100.000 habitantes. Sin embargo, se ha notificado una prevalencia de 3,9 en el Reino Unido. Hasta un 67 % más común en hombres, la edad promedio es de 35,7 a 12,3 años para las mujeres y de 30,0 a 10,8 años para los hombres, un inicio de los síntomas abrupto en un 32 %, sobre todo relacionado con situaciones de estrés o eventos vitales estresantes en los 6 meses previos. Nivel socioeconómico bajo con un riesgo relativo (RR) de 1,3; intervalo de confianza (IC) del 95 % (1,2 - 1,4) y en zonas más urbanas RR = 1,4; IC del 95 % (1,0 - 1,8). Aumento de la prevalencia en población migrante. Además, hasta un 38 % no son diagnosticados en los servicios de atención inicial. En Colombia no contamos con estudios de PEP, pero en la encuesta de salud mental sobre esquizofrenia de 2014 nos hablan de una prevalencia a lo largo de la vida del 1 % y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes, con una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes.

La duración media de la psicosis no diagnosticada/no tratada oscila entre 1 y 3 años con una media de 1 y 11 meses. La psicosis emergente afecta los procesos de maduración psicosocial, impide el progreso académico, vocacional y altera las redes familiares y sociales.





## Riesgo suicida

El 40 % de los pacientes con PEP tienen pensamientos suicidas y 1 de cada 5 presentó un intento antes del tratamiento inicial. El 2 - 5 % de los sujetos con PEP morirán por suicidio en estudios de seguimiento a largo plazo. En un estudio de seguimiento de cohortes de pacientes con PEP, el riesgo es 12 veces mayor durante el primer año versus población general.

### ○ ¿El paciente es menor de 13 años o mayor de 45 años?

PEP se desarrolla desde la adolescencia media hasta la edad adulta temprana, la aparición de síntomas en los períodos fuera de esta brecha debe hacernos pensar en causas orgánicas de los síntomas psicóticos, más aún si el inicio del cuadro es abrupto, se acompaña de alteración de la conciencia o de la atención y síntomas generales.

**Clave:** En estos casos se requieren pruebas complementarias como paraclínicos y neuroimágenes.

### ○ ¿El paciente refiere síntomas generales previos o actuales?

Múltiples patologías somáticas pueden generar síntomas psicóticos, la anamnesis, la revisión por sistemas y el examen físico completo son primordiales para descartar psicosis secundarias.

### Ten en cuenta estas claves:

- Factores desencadenantes y fluctuación durante el día.
- Antecedentes médicos personales y familiares.
- Cambios de la conducta previo al inicio de la psicosis, síntomas prodrómicos (síntomas negativos atenuados de larga data).
- La presencia de episodios previos similares.
- Revisión por sistemas.
- Examen físico completo y enfocado.







## ○ **¿Síntomas o signos neurológicos?**

Se debe realizar cuando las condiciones del paciente lo permitan o haya resuelto la agitación. El objetivo principal del examen neurológico es la localización de alguna lesión o disfunción relacionada con el cuadro clínico. Se debe interrogar sobre antecedentes de enfermedad neurológica, traumas recientes, evolución de los síntomas.

**Clave:** En la mayoría de los casos aparecen inicialmente los síntomas neurológicos y posteriormente los síntomas psiquiátricos, tanto en las demencias, infecciones y el trauma. Ten en cuenta estos síntomas:

- **Temblores:** enfermedad de Parkinson, síndromes de abstinencia.
- **Dificultad para caminar o hablar:** esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular.
- **Cefaleas:** infecciones del sistema nervioso central, migraña compleja, hemorragia, lesión de masa ocupante, convulsiones y estados postictales.
- **Parestesias y debilidad:** deficiencia de vitaminas, accidente cerebrovascular, enfermedad desmielinizante.
- **Fondo de ojo:** signos de aumento de la presión intracraneal (ej. edema de papila, pérdida de las pulsaciones venosas) y tóxicos.
- **Estado de conciencia:** escala de coma de Glasgow.
- La confusión, desatención y desconexión del entorno **sugieren delirium.**

## ○ **¿Inicio o ajuste de dosis de algún medicamento?**

Muchos fármacos producen síntomas mentales; los tipos más frecuentes de causas por fármacos son los agentes que tengan actividad sobre el sistema nervioso central; ej. anticonvulsivantes, antidepresivos, antipsicóticos, hipnosedantes, estimulantes, anticolinérgicos, antihistamínicos, antibióticos,





corticoides, antihipertensivos, antiarrítmicos, anestésicos, antituberculosos, análogos de hormonas, entre otros. La abstinencia de alcohol, barbitúricos o benzodiazepinas.

**Clave:** Estos efectos se relacionan más con síntomas de delirium, sobre todo en poblaciones susceptibles: adultos mayores, enfermo crítico, politrauma, deshidratación, desnutrición proteicoalórica, etc.

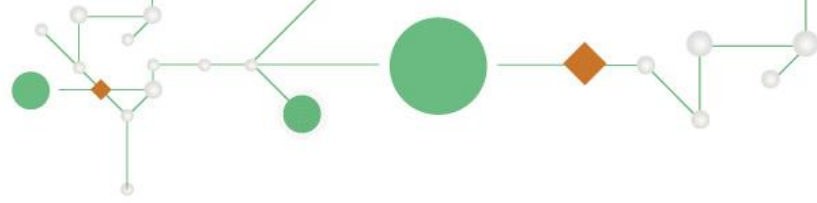
## ○ **¿Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)?**

El consumo de SPA es común en nuestro medio, las personas con dependencia tienen tres veces más probabilidades de experimentar síntomas psicóticos, en comparación con los no dependientes. Los síntomas pueden llegar a ser muy floridos y a veces similares a la esquizofrenia, se ha descrito una relación de causalidad entre el uso de tetrahidrocannabinol (THC) y esquizofrenia.

El consumo de PSA es precipitador, perpetuador y agravante de los síntomas psicóticos, desde psicosis breves (menores de 7 días de duración) hasta el Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos (TPPA): el 43 % manifestó la presencia de efectos residuales como insomnio, reexperimentación (*flashbacks*) y despersonalización que generan una gran angustia y la patología dual. Las sustancias más comunes en nuestro medio son:

- Cocaína.
- Cannabis.
- Anfetaminas.
- Alucinógenos (dietilamida de ácido lisérgico [LSD], fenciclidina [PCP]).
- Alcohol (abstinencia aguda).
- Benzodiazepinas (abstinencia aguda).





**Clave:** Ten en cuenta el inicio del consumo o aumento de este y su relación con los síntomas de psicosis, la mayoría de estas resuelven de 8 a 11 días tras la abstinencia y tratamiento.

## ○ **¿Antecedente familiar de enfermedad mental?**

Diversas psicopatologías están comúnmente presentes en las familias de los pacientes con PEP y pueden implicar una vulnerabilidad generalizada a los trastornos psiquiátricos mayores en dichas familias, en comparación con la vulnerabilidad en la población general. Hasta el 69,9 % tiene un familiar de primer grado con un trastorno mental. Además, se debe indagar sobre la respuesta farmacológica ya que se ha comprobado resistencia familiar a algunos fármacos.

## ○ **¿Cuánto tiempo lleva el paciente con los síntomas?**

Es importante determinar el tiempo de evolución de los síntomas, entre más crónicos sean mayor es la posibilidad de estar frente a una psicopatología mayor, evoluciones de inicio abrupto de corta temporalidad nos lleva a descartar causas secundarias.

**Clave:** intenta determinar si el paciente presenta síntomas prodrómicos que son comunes en paciente con esquizofrenia:

### **Síntomas prodrómicos:**

- Los trastornos psicóticos suelen estar precedidos por un período de duración variable caracterizado por síntomas subumbrales de psicosis.
- En esquizofrenia los síntomas negativos, (**cognitivos**), pueden presentarse de 1 a 3 años antes del debut de los síntomas psicóticos.
- Incluyen suspicacia, retraimiento social, disminución de la atención y concentración, y una caída en el funcionamiento general.





- No todos los sujetos que experimentarán síntomas prodrómicos progresarán a una psicosis franca.

Además, debemos determinar el tiempo de evolución de los síntomas psicóticos, tiempos largos de evolución de la psicosis no tratada se han relacionado con menor respuesta a tratamiento y peor pronóstico.

- **Menor a 1 mes:** En ese caso se sospecha un trastorno psicótico breve.
- **Entre 1 y 6 meses:** Trastorno esquizofreniforme.
- **Más de 6 meses:** El principal diagnóstico a considerar es la esquizofrenia, más de 6 meses de síntomas negativos (abulia, anhedonia, alogia, aplanamiento afectivo, aislamiento) y al menos un mes con síntomas psicóticos.

En los pacientes con trastorno esquizofreniforme se aconseja realizar una observación longitudinal, iniciar tratamiento antipsicótico, ofrecer intervenciones psicosociales y en caso de presentarse consumo de SPA, la rehabilitación. El pronóstico en la mayoría de los casos llega a esquizofrenia.

## ○ **¿Presencia de síntomas afectivos?**

Las denominadas psicosis primarias pueden presentarse en diferentes psicopatologías como: Esquizofrenia y sus espectros: T. esquizofreniforme, T. Esquizoafectivo. T. psicótico breve, T. Delirante. Trastornos del estado de ánimo: TAB I, Depresión mayor con psicosis. TEPT, T. Identidad disociativo. T. personalidad: paranoide, esquizotípico, esquizoide y límite. T. De la conducta alimentaria: anorexia nerviosa.

**Clave:** Los trastornos del ánimo son el principal diagnóstico diferencial, a veces debemos valernos de la entrevista a familiares para determinar los siguientes aspectos, **Tabla 2.**







**Tabla 2.** Características diferenciales de los síntomas psicóticos según el diagnóstico.

<b>Espectro afectivo:</b>	<b>Espectro psicótico:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Los síntomas psicóticos pueden aparecer después de los síntomas afectivos.</li><li>- Entre el 50 - 70 % de los pacientes maníacos muestran síntomas psicóticos.</li><li>- Aproximadamente el 60 % de los episodios maníacos preceden inmediatamente a un episodio depresivo mayor.</li><li>- La mayoría de los delirios en estados afectivos son consistentes en temas congruentes con el estado de ánimo.</li><li>-30 al 40 % de los pacientes maníacos tendrán delirios incongruentes con el estado de ánimo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-El proceso psicótico suele ser anterior a los síntomas afectivos.</li><li>-Las alucinaciones y los delirios no se ajustan al estado de ánimo o no están relacionados con el estado de ánimo del paciente.</li><li>-En esquizofrenia, las alucinaciones visuales rara vez ocurren por sí solas y suelen presentarse con alucinaciones auditivas u otra modalidad sensorial.</li><li>-Psicosis secundarias: con frecuencia con alucinaciones visuales extremadamente vívidas, con o sin alucinaciones auditivas.</li></ul>

○ **¿Qué paraclínicos debo ordenar?**

La valoración del paciente con un PEP requiere una evaluación cuidadosa que incluye una historia clínica, examen físico y un estudio exhaustivo. Esto comienza con una consideración cuidadosa de los diagnósticos diferenciales,





seguido por estudios de laboratorio y de imágenes cuando corresponda. Si los pacientes con un trastorno mental conocido tienen una exacerbación de sus síntomas típicos y no informan síntomas médicos y su examen físico es normal, no se requieren en forma típica pruebas de laboratorio adicionales. En caso de contar en el servicio, se podría ordenar la medición de los niveles terapéuticos de su medicamento de base.

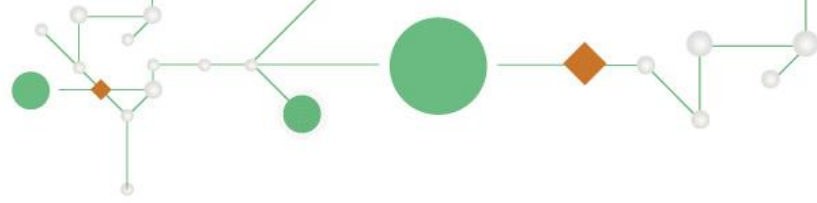
Aunque los síntomas mentales de aparición reciente o el cambio marcado en la naturaleza de los síntomas en pacientes con un trastorno mental conocido pueden deberse a un trastorno médico más que a un trastorno mental, no está claro con qué frecuencia este trastorno es asintomático y no hay consenso sobre las pruebas de laboratorio que deben indicarse de manera habitual en pacientes asintomáticos. Este metaanálisis recomienda una o más de las siguientes acciones para detectar posibles trastornos, **Tabla 3:**

**Tabla 3.** Pruebas recomendadas para primer y segundo nivel de atención

Infeccioso	Metabólico/Inmunología	Toxicidad/Deficiencia	Neurológico	Monitoreo
- <b>Hemoleucograma con diferencial</b>	- panel metabólico completo (CMP)	- Tamizaje toxicológico	- EEG	- Hemoglobina A1c
- <b>Uroanálisis</b>	- TSH	- Vitamina D	- Examen neurológico	- Lípidos en ayunas
- VIH	- ANAs	- Folato (Vit B9)		- Prueba de embarazo
- IgG para treponema	- ceruloplasmina	- Vitamina B12		- Electrocardiograma

\*Adaptado de: Skikic, M., & Arriola, J. M. (2020). *First Episode Psychosis Medical Workup. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 15–28.





## ○ ¿Debo ordenar una neuroimagen?

Las directrices nacionales de varios países sugieren imágenes transversales para la evaluación de los pacientes con PEP; sin embargo, un metaanálisis reciente demostró que no hay pruebas sólidas que determinen si ciertos tipos de lesiones que ocupan espacio estarían asociados con mayor riesgo de desarrollo de psicosis. Sin embargo, hay informes que relacionan algunas lesiones ocupantes de espacio con PEP, lo que ha llevado a factores de confusión; algunas guías de práctica clínica describen el uso de tomografía computarizada (TC) en todos los casos de PEP y otras refieren que se debe tener más datos clínicos que nos hagan sospechar que los síntomas sean secundarios a alguna lesión detectable por TC.

**Clave:** Las siguientes condiciones son indicativas para solicitar una neuroimagen en el PEP, **Tabla 4**.

**Tabla 4.** Indicaciones de neuroimagen en paciente con síntomas psicóticos

<b>Neuroimagen:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Síntomas mentales de nueva aparición.</li><li>○ Síntomas cualitativamente diferentes o imprevistos.</li><li>○ Síntomas mentales que comienzan a una edad imprevista.</li></ul>

\*Adaptado de: *Khandanpour, N., Hoggard, N., & Connolly, D. J. (2013). The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. Clinical Radiology, 68(3), 245–250.*





## ○ **¿Cuál es el enfoque terapéutico?**

En algunas ocasiones los síntomas psicóticos son percibidos como perturbadores o amenazantes y que generan una solicitud de atención inmediata. Algunas veces, el sufrimiento hace que el propio paciente consulte, pero otras veces es una solicitud del entorno social (familiares o entidades de la fuerza pública), debido a la severidad de los trastornos de conducta.

## ○ **Es necesario identificar:**

- Las necesidades o quejas del paciente (miedo, intranquilidad, incomodidad, sueño, etc.), la mayoría de estos pacientes no se quejarán directamente de síntomas psicóticos. Determinar la red de apoyo psicosocial y funcionamiento premórbido.
- En el caso de las mujeres, pensar en psicosis gestacional o posparto: La mayoría de estas del espectro afectivo bipolar.
- La presencia de sucesos vitales estresantes recientes: desempleo, separación o divorcio, muerte de un familiar o persona cercana, desplazamiento, entre otros, que pudieran estar relacionados con la aparición de los síntomas.

**Clave:** La entrevista a familiares o a las personas que acompañan al paciente es vital para esclarecer los síntomas, hasta las personas de la fuerza pública pueden dar datos del contenido delirante del paciente, la conducta que requirió su intervención, si el paciente presentó heteroagresividad, traumas especialmente en cráneo, si se sospecha intoxicación aguda por alcohol u otros.







## ○ ¿Hospitalizar?

- Se recomienda hospitalizar a los pacientes que tienen riesgo de autoagresión, heteroagresión, gravedad sintomática, sufrimiento severo, fallo terapéutico previo, dificultades diagnósticas y los que están bajo una situación de urgencias tengan nula red de apoyo.
- Lo ideal es ubicar al paciente en un lugar del servicio que sea más tranquilo, con una estimulación mínima, en busca de un equilibrio entre la necesidad de una observación regular.

**Clave:** Se recomienda en todos los casos de PEP una valoración por urgencias o prioritaria y en casos de difícil acceso geográfico al menos una teleconsulta por psiquiatría.

## ○ En caso de agitación:

- **Inicialmente se debe intentar la contención verbal:** busca favorecer la seguridad del paciente y del equipo, ayudarlo a controlar sus emociones al paciente y evitar las medidas de contención física y el uso de medicamentos.
- **Contención farmacológica:** Se utiliza cuando la contención verbal falla; la intención es calmar al paciente y se prefiere la vía oral siempre que sea posible. Existen en el momento en Colombia tres grupos de medicamentos utilizados en el tratamiento del paciente agitado: antipsicóticos de primera generación, antipsicóticos de segunda generación y benzodiazepinas. Se define respuesta a la disminución en la agitación luego de dos horas de la primera inyección.





## Tratamiento

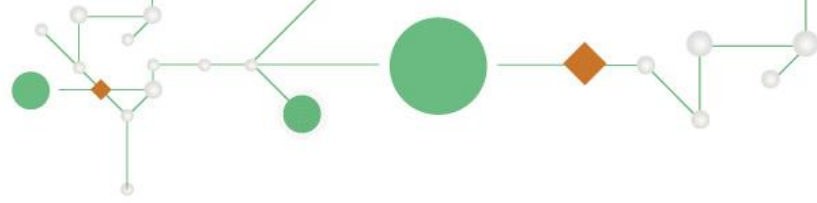
- Las guías de manejo australianas de PEP nos sugieren iniciar el antipsicótico de segunda generación con planes de titulación inicial a dosis bajas y esperar respuesta hasta 6 semanas y en caso de agitación el uso de benzodiacepinas. No se aconseja el uso de dos o más antipsicóticos en PEP, es preferible esperar respuesta con un antipsicótico antes de iniciar un segundo o sólo en casos de resistencia, para evitar la polifarmacia. La respuesta al tratamiento es longitudinal y se debe hacer un seguimiento de los efectos secundarios (síntomas extrapiramidales y posibles efectos metabólicos) de los antipsicóticos.
- En caso de no contar con laboratorios recientes se recomienda la toma de un perfil metabólico (perfil lipídico, glucosa y función renal y hepática), antes de iniciar manejo con antipsicóticos.
- La psicoeducación al paciente y los familiares es crucial para evitar recaídas y en caso de contar con grupos de seguimiento derivar al paciente a estos. **Figura 1.**

### 3. Viñeta clínica (desenlace)

Nuestro paciente presentó los siguientes paraclínicos: Hemograma: Hemoglobina: 17,2 g/dL hematocrito: 53.3 % leucocitos: 6.900 mcg/L neutrófilos: 3.820 mcg/L linfocitos: 2.000 mcg/L plaquetas: 319.000 mcg/L, creatinina: 1,09 mg/dL, función hepática, colesterol total, glucosa, triglicéridos: normales. VIH y VDRL: no reactivo.

Al interrogar al paciente posteriormente hay relato consumo de cocaína, marihuana y 2CB el día anterior a la hospitalización. El médico de urgencias consideró toma de TC de cráneo, ya que presentó una exacerbación de los síntomas de 3 días de evolución y los síntomas previos no eran muy claros; sin embargo, la TC de cráneo fue normal. El diagnóstico de trabajo fue trastorno esquizofreniforme, por síntomas psicóticos de al parecer 3 meses de evolución;



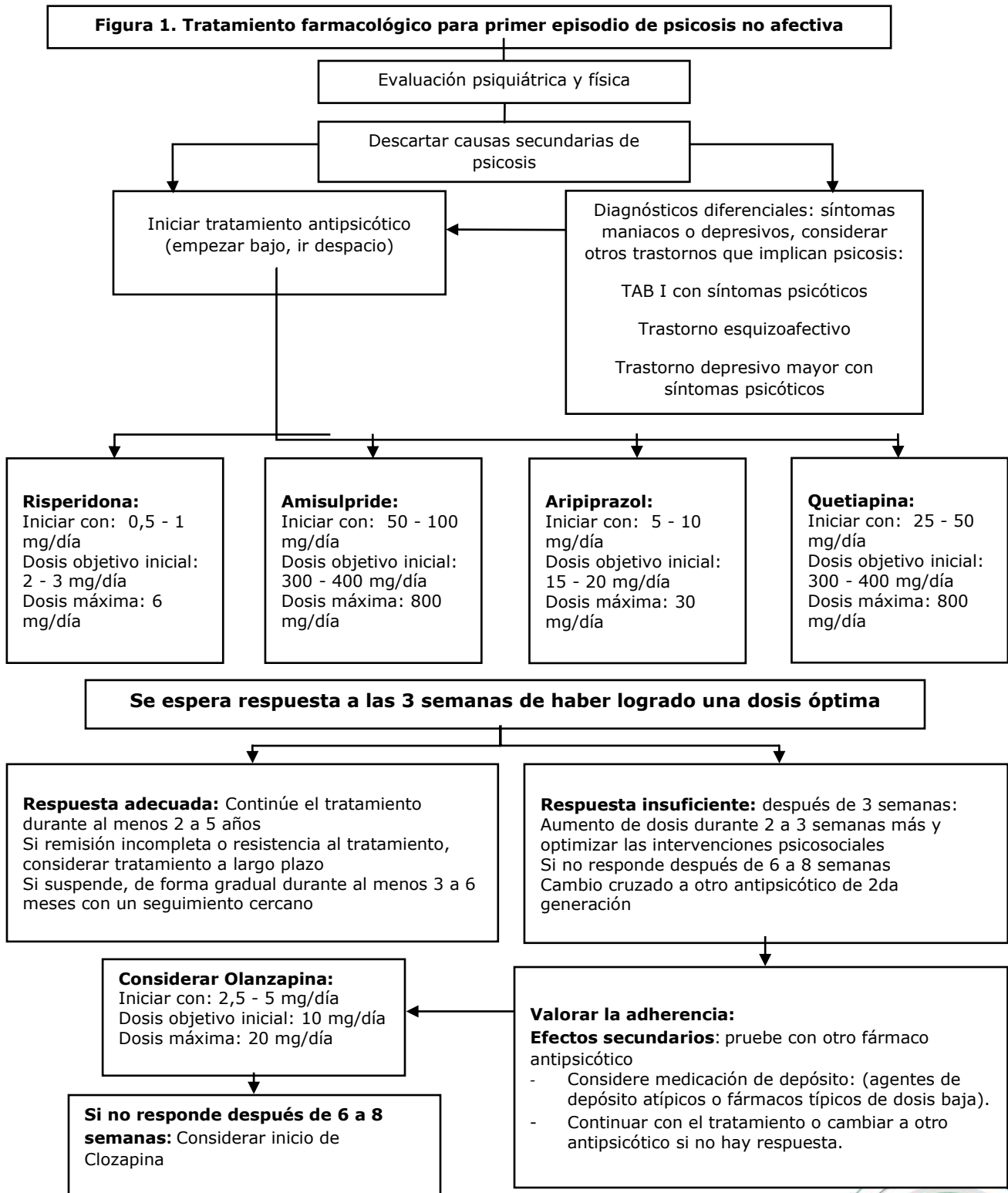


se inició manejo con titulación de risperidona desde 1 mg hasta llegar a 4 mg y se solicitó valoración por psiquiatría, quienes consideraron hospitalización en unidad de salud mental.





**Figura 1.** Esquema terapéutico farmacológico primer episodio de psicosis no afectiva.







\*Adaptado de: *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition update, 2016, Melbourne.*

## 4. Mensajes indispensables

- Los trastornos psicóticos se desarrollan desde la adolescencia media hasta la adultez temprana, tiene un gran compromiso psicosocial, se ha asociado a suicidio, agresión y se considera una entidad de alto costo en salud.
- La anamnesis, la revisión por sistemas y el examen físico completo son primordiales para descartar causas médicas o neurológicas de psicosis.
- La toma de paraclínicos y neuroimágenes debe estar íntimamente ligada a la clínica del paciente.
- El consumo de SPA es precipitador, perpetuador y agravante de los síntomas psicóticos.
- La entrevista a familiares y conocidos del paciente son vitales para conocer el curso longitudinal de la enfermedad.
- El tratamiento farmacológico antipsicótico de segunda generación es la primera línea de manejo, a dosis correcta por el tiempo correcto.

## 5. Bibliografía

1. Albin K, Albin C, Jeffries CD, Perkins DO. Clinician Recognition of First Episode Psychosis. *J Adolesc Health*. 2021 Sep;69(3):457-464. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.12.138.
2. Kirkbride J, Hameed Y, Ankireddypalli O, Espandian A, Jones P. (2017). The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: [SEPEA] Study. *American Journal of Psychiatry*, 174(2), 143-153.



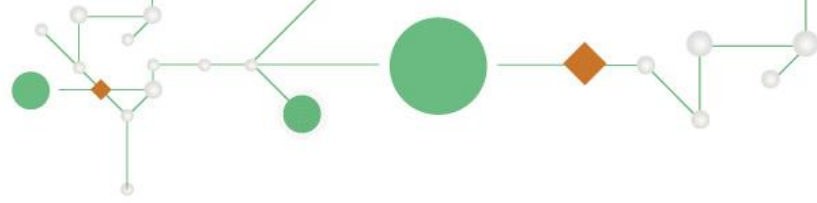


3. Rusaka M, Rancāns E. First-episode acute and transient psychotic disorder in Latvia: A 6-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 201; 68(1), 24-29. Available from: <https://www.tandfonline.com/udea.lookproxy.com/doi/full/10.3109/08039488.2012.761726>
4. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia; 2014 - Guía No. 29
5. Anderson EL, Nordstrom K, Wilson MP, Peltzer-Jones JM, Zun L, Ng A, et al. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adults Part I: Introduction, Review and Evidence-Based Guidelines. *West J Emerg Med*. 2017 Feb;18(2):235-242. doi: 10.5811/westjem.2016.10.32258
6. Skikic M, Arriola JA. First Episode Psychosis Medical Workup: Evidence-Informed Recommendations and Introduction to a Clinically Guided Approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020 Jan;29(1):15-28. doi: 10.1016/j.chc.2019.08.010.
7. Kular S, Griffin K, Batty R, Hoggard N, Connolly D. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis and behavioural abnormality. *Clin Radiol*. 2021 Sep;76(9): 712.e9-712.e13. doi: 10.1016/j.crad.2021.05.009.
8. Molho E, Factor S. Parkinson's disease: The treatment of drug-induced hallucinations and psychosis. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2001.
9. Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2014 Dec;28(12):1115-26. doi: 10.1007/s40263-014-0209-8.
10. Amparo Belloch. 2008. Manual de psicopatología edición revisada. mcgraw-hill/interamericana de españa, S. A. U.
11. Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina



update, 2016, Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Melbourne.

12. Palacio Acosta C. Fundamentos de medicina: psiquiatría. Medellín: Ecoe Ediciones; 2018.

