

NOTA CLÍNICA

DEPRESIÓN PSICÓTICA EN PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19: UNA SERIE DE CASOS

Vicent Llorca-Bofi¹

Esther Buil-Reiné¹

Marina Adrados-Pérez¹

Enrique del Agua¹

Roberto Palacios-Garrán²

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Santa María, Lérida, España.

² Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España.

Correspondencia: Roberto Palacios-Garrán. Dirección postal: Calle José Luis Diez 14, 11403, Jerez de la Frontera, España. Correo electrónico: palacios.garran@gmail.com

RESUMEN

Introducción. Tras las fases iniciales de la pandemia por COVID-19 se han sucedido nuevas oleadas que han cronicado la situación epidemiológica. Esto podría afectar de manera especial a la Salud Mental de los profesionales sanitarios con la aparición de cuadros graves como la depresión psicótica. El objetivo de este artículo es describir una serie de casos de depresión psicótica en profesionales sanitarios durante la fase crónica de la crisis sanitaria.

Material y métodos. Reportamos una serie de casos que incluye tres pacientes profesionales sanitarios con depresión psicótica atendidos en el Hospital Universitario Santa María (Lérida, España) desde la finalización del primer estado de alarma (junio de 2020) hasta el final del segundo estado de alarma (mayo de 2021).

Resultados. Los tres casos comparten la aparición de la sintomatología depresiva acompañada de síntomas psicóticos meses después de la fase aguda de la pandemia. Todos eran profesionales sanitarios y pertenecían a los grupos epidemiológicos de mayor riesgo. Ninguno de los pacientes presentó síntomas compatibles con la infección, aunque una paciente resultó COVID-19 positiva. Todos requirieron ingreso hospitalario y fueron tratados con la combinación de un antidepresivo y un antipsicótico con buena respuesta.

Conclusiones. La fase crónica de la crisis sanitaria por COVID-19 tiene consecuencias importantes en la Salud Mental de los profesionales sanitarios por la aparición de cuadros graves como la depresión psicótica. Es necesario realizar un seguimiento específico a esta población de riesgo para prevenir la aparición de cuadros graves e iniciar el tratamiento en las fases iniciales.

Palabras clave. Depresión psicótica, salud mental, COVID-19, profesionales sanitarios

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 el personal sanitario ha sido considerado una población de riesgo para experimentar problemas de salud mental dado el aumento de estresores externos y sobrecarga emocional. Varios estudios muestran un aumento de depresión y ansiedad durante la primera ola de la pandemia¹ y se han descrito casos de psicosis reactiva como consecuencia del estrés agudo del momento².

Durante las oleadas sucesivas, surgen nuevos estresores que se mantienen durante un largo período de tiempo, como la sobrecarga de trabajo y la adaptación a medidas restrictivas de forma indefinida. La cronicidad de estos estresores podría afectar a la Salud Mental de una forma distinta a la que sucedió durante la primera ola y es esperable la aparición de cuadros psicóticos y afectivos³, entre ellos la depresión con síntomas psicóticos o depresión psicótica (DP). El objetivo de este artículo es describir una serie de casos de DP en el contexto de la pandemia de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos 3 casos de profesionales sanitarios con DP que fueron atendidos en el Hospital Universitario Santa María (Lérida, España) durante la crisis COVID-19 desde la finalización del primer estado de alarma (21/06/2020) hasta el final del segundo estado de alarma (09/05/2021). Se descartaron los cuadros psicóticos atribuibles a los efectos fisiológicos de sustancias u otras afecciones médicas. Los pacientes fueron evaluados al ingreso con la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)⁴ y la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)⁵. El diagnóstico de DP se realizó según los criterios del DSM-5. Todos los pacientes dieron su consentimiento para publicar este informe.

RESULTADOS

Figura 1	Resumen de antecedentes y datos clínicos.		
	A	B	C
Datos Sociodemográficos:			
- Edad (años)	59	48	43
- Género	Mujer	Hombre	Mujer
- Estado civil	Casada	Soltero	Divorciada
- Educación	Universitario	Básicos	Medios
- Profesión	Enfermera	Celador	Auxiliar de enfermería
Antecedentes:			
-Médicos personales	Hipertensión arterial, glaucoma	Sin antecedentes	Colon irritable
-Psiquiátricos personales	Episodio depresivo en la juventud en remisión completa	Sin antecedentes	Trastorno adaptativo mixto en remisión completa
-Psiquiátricos familiares	Negados	Negados	Negados
Información clínica:			
-MADRS	43	47	44
-BPRS Total	35	39	34
-BPRS Subescala de Síntomas positivos (PSS)	10	13	9
-PCR COVID-19	Positivo	Negativo	Negativo
-Días de ingreso	20	19	30
-Tratamiento	Bupropión 300 mg/24 h Asenapina 10 mg/24 h	Fluoxetina 40 mg/24 h Risperidona 4 mg/24 h	Sertralina 100 mg/24 h Olanzapina 7,5 mg/24 h

1. Caso A

Mujer casada de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, glaucoma y un episodio depresivo en la juventud en remisión completa. Trabajaba de enfermera en un centro de atención primaria. Durante la segunda ola de la pandemia, la paciente presentó sintomatología ansiosa que se trató con diazepam 5 mg/24 h con escasa respuesta. Dos semanas después abandonó el trabajo al desarrollar clínica depresiva. Los últimos días aparecieron delirios hipocondríacos en relación a una posible infección por COVID y de perjuicio con el dinero familiar sin evidenciarse alucinaciones. El discurso estaba enlentecido con bloqueos puntuales, elevada tensión interna e insomnio. La paciente fue hospitalizada y la PCR-COVID19 resultó positiva a pesar de no presentar ninguna sintomatología respiratoria. Fue tratada con bupropión 300 mg/24 h y asenapina 10 mg/24 h. La duración del ingreso fue de 20 días con resolución de la clínica depresiva y delirante. Actualmente realiza seguimiento psiquiátrico ambulatorio.

2. Caso B

Hombre de 48 años, sin enfermedades médicas relevantes ni antecedentes de contacto previo con la red de Salud Mental. Consumidor ocasional de alcohol y tabaco. Celador de profesión, vivía solo. Estaba separado, sin hijos y con escaso soporte sociofamiliar. Fue traído a urgencias a raíz de que un sobrino acudió a su domicilio y encontró que el paciente se mostraba enlentecido a nivel psicomotor, con bloqueos del pensamiento y una actitud inhibida e importante pérdida del autocuidado y la higiene personal. Expresaba miedos generalizados, temiendo que la gente le quisiera hacer daño, así como alucinaciones auditivas imperativas que le ordenaban autolesionarse. Fue hospitalizado y se inició tratamiento con fluoxetina hasta 40 mg/24 h y risperidona hasta 2 mg/12 h. Tras 19 días de ingreso se consiguió una mejoría tanto afectiva como de la clínica psicótica y fue dado de alta con seguimiento ambulatorio que actualmente mantiene.

3. Caso C

Mujer de 43 años con antecedentes de colon irritable y trastorno adaptativo mixto cuatro años atrás a raíz de la separación de su expareja. Residía con su hija de 19 años. Había trabajado como auxiliar de enfermería en una residencia de ancianos durante toda la primera ola. Posteriormente acudió a su médico de atención primaria refiriendo síntomas de ansiedad por miedo a cometer errores con las medidas profilácticas contra la COVID-19. Tres meses después fue traída a urgencias de psiquiatría por su hija quien explicaba que la paciente estaba cada vez menos comunicativa y que había dejado de trabajar las últimas semanas. Presentaba importante clinofilia, apatía, anhedonia y un discurso escaso

con contenidos delirantes de culpa, ruina e inutilidad, verbalizando "todo ha sido por mi culpa", "van a morir por mi culpa", "no merezco vivir". Se decidió ingreso por la clínica psicótica e ideación autolítica activa. Se instauró sertralina hasta 100 mg/24 h y olanzapina 7,5 mg/24 h. La duración del ingreso fue de 30 días, con progresiva remisión de las ideas delirantes y resolución de la clínica depresiva. Actualmente recibe seguimiento psiquiátrico ambulatorio.

DISCUSIÓN

Presentamos tres casos de profesionales sanitarios con DP durante la evolución de la pandemia por COVID-19. Previamente se han reportado casos de psicosis reactiva en el contexto agudo del confinamiento⁶, pero hasta donde sabemos no existe ningún caso reportado de DP relacionada con el estrés crónico de la pandemia.

El principal valor de esta serie de casos es que apoya la opinión de que una situación de estrés mantenido en individuos vulnerables y de riesgo puede desencadenar patología mental grave como es una DP. La idea de que la infección por COVID-19 puede desencadenar por sí mismo la psicosis a través de la neurotoxicidad directa o una respuesta inmunitaria elevada no parece descabellada⁷ y se han reportado casos clínicos al respecto⁸⁻¹². En nuestro caso, en cambio, ninguno de los pacientes presentaba síntomas compatibles con la infección y solo uno resultó positivo para COVID-19. Respecto al contenido del delirio, dos de nuestros pacientes mostraban ideas relacionadas con el COVID-19, pero en uno de ellos la preocupación no tenía nada que ver con la situación epidemiológica del momento.

Se ha descrito un mayor impacto del estrés agudo de la pandemia en aquellos profesionales sanitarios con patología mental previa, en mujeres, en aquellos con mayor exposición al virus, en infectados o en cuarentena por contacto y en auxiliares de enfermería¹. Los profesionales sanitarios también tienen una mayor probabilidad de experimentar síntomas psicóticos relacionados con el estrés² por lo que se ha propuesto realizar un apoyo y seguimiento específico para este colectivo¹³.

Los tres casos que presentamos comparten la aparición de la sintomatología depresiva con síntomas psicóticos meses después de la fase aguda de la pandemia. Aunque ninguno presentaba antecedentes de trastorno mental grave ni abuso de sustancias sí que existían antecedentes de otros trastornos mentales en dos de ellos y todos eran profesionales sanitarios en los grupos de mayor riesgo (auxiliares de enfermería, enfermeras y celadores). Por todo ello parece razonable pensar que el estrés elevado mantenido en el tiempo en individuos vulnerables fuese el desencadenante principal.

La presencia de síntomas psicóticos en un episodio depresivo aumenta el riesgo de recurrencia y mortalidad a largo plazo. Las guías actuales recomiendan el tratamiento con una combinación de un antidepresivo y un antipsicótico¹⁴. Los pacientes fueron tratados mediante la combinación mencionada, debiéndose valorar individualmente la duración del tratamiento combinado en la fase de remisión clínica.

En conclusión, la pandemia por COVID-19 tiene consecuencias graves en la Salud Mental de los profesionales sanitarios, no solo en las fases agudas, sino también en la fase crónica de la crisis sanitaria. Por todo ello es necesario desarrollar programas de identificación precoz y realizar un seguimiento específico a esta población.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021 Apr 1; 14(2):90–105.
- de Burgos-Berdud I, Valdés-Flrido MJ, López-Díaz Á. Are healthcare workers during the COVID-19 pandemic at risk of psychosis? Findings from a scoping review. Vol. 69, *Gen Hosp Psychiatry.* 2021. p. 111–2.
- Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. Vol. 10, *Transl Psychiatry.* 2020. p. 261.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Med Clin (Barc).* 2002;118(13):493–9.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep.* 1962 Jun;10(3):799–812.
- Ammella G, Rico G, Roca A, Gómez-Ramiro M, Vázquez M, Murru A, et al. Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the COVID-19 crisis. *J Affect Disord.* 2020;273:422–4.
- Watson CJ, Thomas RH, Solomon T, Michael BD, Nicholson TR, Pollak TA. COVID-19 and psychosis risk: Real or delusional concern? Vol. 741, *Neurosci Lett.* 2021. p. 135491.
- Rentero D, Juanes A, Losada CP, Álvarez S, Parra A, Santana V, et al. New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: a case series in Madrid. Vol. 290, *Psychiatry Res.* 2020. p. 113097.
- Smith CM, Komisar JR, Mourad A, Kincaid BR. COVID-19-associated brief psychotic disorder. *BMJ Case Rep.* 2020 Aug 11;13(8):236940.
- Kozato N, Mishra M, Firdosi M, Mudasirfirdosi F; New-onset psychosis due to COVID-19. *BMJ Case Rep.* 2021;14:242538.
- Parra A, Juanes A, Losada CP, Álvarez-Sesmero S, Santana VD, Martí I, et al. Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study. *Psychiatry Res.* 2020 Sep 1;291:113254.
- Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, Tavakkoli M, Dornbush R, Baharani R, et al. COVID-19 Psychosis: A Potential New Neuropsychiatric Condition Triggered by Novel Coronavirus Infection and the Inflammatory Response? *Psychosomatics.* 2020 Sep 1;61(5):551–5.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020;383(6):510–2. 7
- Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. Vol. 90, *Psychother Psychosom.* 2021. p. 160–77.