

Esquizofrenia y trasplante hepático: reporte de un caso

Diana Restrepo B.¹

Marle Duque G.²

Carlos Cardeno C.³

Resumen

Introducción: El trasplante hepático es un tratamiento disponible para numerosos pacientes con cirrosis hepática, que encuentran en este tratamiento una alternativa médica para mejorar la expectativa y la calidad de vida. La esquizofrenia paranoide es un trastorno psiquiátrico que afecta al 1% de la población general, que produce síntomas psicóticos y cuyo curso crónico, en algunos casos, deteriora significativamente todas las áreas de la vida. *Objetivo:* Discutir el caso clínico de una mujer a quien se le diagnostica esquizofrenia paranoide durante el protocolo de evaluación para trasplante hepático por cirrosis hepática. *Métodos:* Reporte de caso. *Resultados:* Se reporta el caso de una mujer de 47 años con cirrosis hepática, cuya única alternativa para mejorar la expectativa y calidad de vida era acceder a un trasplante hepático. Durante las evaluaciones de rutina por el grupo de trasplantes, el psiquiatra de enlace observa síntomas psicóticos de primer orden y documenta una historia de vida que confirma la presencia de una esquizofrenia paranoide. *Discusión y conclusiones:* La esquizofrenia paranoide es un trastorno psiquiátrico mayor que puede hacer parte de las comorbilidades médicas de los pacientes que requieren trasplante de hígado y que no constituye una contraindicación absoluta para su realización. En Colombia no se conocen casos similares de trasplante de hígado en pacientes con esquizofrenia. Este es un gran paso en el camino de vencer el estigma que la enfermedad mental impone a los pacientes y permitirles el acceso a la atención médica general que requieren.

Palabras clave: trasplante hepático, esquizofrenia paranoide, psiquiatría.

Title: Schizophrenia and Liver Transplantation: Case Report

Abstract

Introduction: Liver transplantation is a treatment available for many patients with liver cirrhosis who find in this treatment a way to improve life expectancy and quality of life. Paranoid schizophrenia affects 1% of the general population, produces psychotic symptoms, and runs a chronic course in some cases with significant deterioration in all areas of life.

.....
¹ Médica psiquiatra de enlace, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

² Médica residente de III año de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Médico psiquiatra de enlace, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

Objective: To discuss the case of a patient with liver cirrhosis diagnosed with paranoid schizophrenia during the evaluation protocol for liver transplantation. *Method:* Case report. *Results:* We report the case of a 47-year-old woman with liver cirrhosis whose only alternative to improve life expectancy and quality of life was access to liver transplantation. During routine evaluations the liaison psychiatrist observed first-order psychotic symptoms and documented a life story that confirmed the presence of paranoid schizophrenia. *Discussion and Conclusions:* Paranoid schizophrenia is a psychiatric disorder common in the general population that can be a part of the medical comorbidities of patients requiring liver transplantation and is not an absolute contraindication to its completion. We are unaware of similar cases of liver transplantation in patients with schizophrenia in our country. We believe this is a big step on the road to overcome the stigma that mental illness imposes on patients.

Key words: Liver transplantation, paranoid schizophrenia, psychiatry

Introducción

Los trasplantes de órganos y de médula en los últimos sesenta años han pasando de ser una terapéutica casi experimental y poco conocida, a constituirse en un tratamiento de la práctica clínica habitual en nuestros días. Una característica particular de los trasplantes de órganos y tejidos es su gran complejidad y la participación de múltiples profesionales (médicos y no médicos) en su proceso. Otro elemento que diferencia los trasplantes de otros tratamientos y procedimientos es que para su rea-

lización no basta la infraestructura y la tecnología, sino que se precisa la participación de toda la sociedad, ya que los ciudadanos, con sus donaciones, posibilitan que se ponga en marcha el proceso (1).

La cirrosis (del griego *kirr-kirpós*, amarillo anaranjado, y *-ō-sis*, patología) es una patología en la que las células del parénquima de un órgano interno cualquiera son sustituidas, al morir, por un tejido anormal de tipo cicatricial formado a partir del tejido estromal del propio órgano. El término *cirrosis* fue acuñado por René Laënnec, en 1805, al estudiar la cirrosis hepática y observar la presencia de gránulos amarillentos en el tejido hepático, debido a la presencia de pigmentos biliares.

La cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad. Las tasas de defunción más elevadas se registran en Moldavia (91 por 100 000 habitantes) y Hungría (85 por 100 000); mientras que las cifras más bajas, entre 3 y 5 por 100 000 habitantes, corresponden a Irlanda, Colombia, Holanda, Singapur, Israel y Noruega. En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa, entre el quinto y sexto lugares como causa de muerte general (2-4).

En el mundo, las causas principales de cirrosis hepática son el consumo crónico de alcohol y la enfermedad viral crónica. Otras causas menos frecuentes son las enfermeda-

des hepáticas autoinmunes (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria), las enfermedades metabólicas (deficiencia de alfa-1-antitripsina, enfermedad de Wilson, hemocromatosis y fibrosis quística), así como la esteatosis hepática no alcohólica (NASH). Se espera que la cirrosis se incremente en las próximas dos décadas, debido al crecimiento de la hepatitis C epidémica en todos los países.

Evaluación de los candidatos a trasplante hepático

Antes de ser incluido en la lista de espera para el trasplante hepático, el posible candidato va a una evaluación pretrasplante. Esta evaluación es necesaria para determinar, de nuevo, la necesidad absoluta del trasplante y excluir contraindicaciones. Una evaluación de rutina comprende la revisión de toda la historia médica, incluidos los materiales de biopsia, estudios hematológicos completos, pruebas bioquímicas, serologías virales, electrocardiograma, radiografías de tórax, tomografía abdominal y ecografía abdominal Doppler color para determinar la permeabilidad de los vasos hepáticos.

Si existe historia de enfermedad pulmonar, se ordenan pruebas de función pulmonar. En los candidatos mayores de sesenta años de edad, con factores de riesgo para enfermedad coronaria y quienes tienen historia de enfermedad cardíaca

previa, es necesaria la evaluación por el servicio de cardiología para considerar otros estudios complementarios. Los estudios de citología para cáncer, mamografía y colonoscopia se hacen de acuerdo con la edad, el sexo y los antecedentes previos. La evaluación por odontología y trabajo social son rutinarias en la mayoría de centros que realizan trasplantes; sin embargo, la valoración por psiquiatría no es constante. De hecho, en algunos centros se prefiere la presencia de un psicólogo clínico. Cuando se termina la evaluación pretrasplante, se presenta el paciente ante un comité de selección de candidatos integrado por todo el equipo de trasplantes (5).

Los pacientes aceptados para trasplante hepático se incluyen en una lista de espera y se clasifican de acuerdo con los criterios de la United Network for Organ Sharing (UNOS) o con los de Mayo End State Liver Disease (MELD) para adultos y los Pediatric End State Liver Disease (PELD) para niños. De acuerdo con la clasificación UNOS, los pacientes más enfermos y aquellos que han permanecido en lista de espera mayor tiempo, son los primeros en la lista de espera.

La necesidad de un trasplante hepático puede ocurrir de forma aguda como ocurre en caso de una hepatitis A fulminante, una intoxicación con acetaminofén o como consecuencia de una insuficiencia hepática crónica por una hepatitis C o alcoholismo. Cada una de estas

diferentes opciones tiene sus propias particularidades y consecuencias biopsicosociales. La estrecha relación entre fisiología y psicología se observa de forma especial en este grupo de pacientes; pero la forma como se conectan estas dos dimensiones es pobremente comprendida la mayoría de las veces.

Desde los primeros días de los trasplantes de órganos, los psiquiatras y el personal entrenado en salud mental han sido involucrados en la evaluación y selección de los candidatos a estas cirugías y procedimientos. La evaluación psicosocial se realiza con el objetivo de detectar el mejor candidato para recibir el órgano trasplantado, justificado por la escasez de órganos para trasplantar y por la necesidad de seleccionar aquellas personas que tendrán la mejor capacidad de asumir los retos físicos y psicológicos que plantea un trasplante (6). Existen diversas razones para evaluar un paciente pretrasplante desde el punto de vista psicosocial:

- Para predecir la capacidad que tiene el paciente de afrontar el estrés de todo el proceso de trasplante.
- Para identificar enfermedad mental comórbida y establecer un plan de intervención.
- Para establecer si el paciente está adecuadamente educado frente al trasplante como para firmar un consentimiento informado y para asumir el rol de paciente.
- Para determinar si el paciente tiene capacidad de establecer relaciones de colaboración con el equipo de médicos y enfermeras y cumplir con el tratamiento y las recomendaciones terapéuticas.
- Para evaluar el uso de sustancias tóxicas y predecir si el paciente tiene capacidad para mantener la abstinencia.
- Para ayudar al equipo de trasplantes a conocer el paciente como persona, de tal forma que se le pueda brindar un cuidado clínico más efectivo.
- Para establecer las necesidades psicosociales del paciente y la familia y proveer un plan de acompañamiento en las diferentes fases del proceso de trasplante.
- Para establecer el funcionamiento mental basal que permita identificar cambios postoperatorios.

Los factores psicosociales han mostrado tener la posibilidad de predecir morbilidad y mortalidad luego del trasplante de órganos (7,8). De forma similar a lo que ocurre en otras poblaciones médicamente enfermas, los candidatos a un trasplante de órganos tienen un elevado riesgo de presentar síntomas psiquiátricos significativos que pueden configurar en muchos de ellos trastornos psiquiátricos específicos. El desarrollo de síntomas psiquiátricos en pacientes trasplantados

puede reflejar la exacerbación de un trastorno psiquiátrico preexistente o el comienzo de un nuevo trastorno.

Los trastornos del afecto y de ansiedad son las complicaciones psiquiátricas más comunes observadas tanto en el periodo pretrasplante como en el postrasplante, aunque el delirium y la alteración cognitiva también se presentan de manera frecuente. Los trastornos psiquiátricos postrasplante fueron tempranamente descritos como una de las complicaciones observadas en estos pacientes luego de la cirugía. Los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar) constituyen una condición rara en los candidatos a trasplantes de órganos, pero susceptible de presentarse. Estos pacientes pueden tener un trasplante exitoso si el trastorno psicótico es adecuadamente controlado (9).

Existen algunas indicaciones y contraindicaciones para el trasplante de hígado. Las contraindicaciones pueden ser relativas o absolutas. De acuerdo con Levenson y Olbrisch (6), quienes estudiaron los programas de trasplante de Estados Unidos y algunos países extranjeros por medio de una encuesta cuyo porcentaje de respuesta osciló entre el 64% y el 71% en Estados Unidos y el 45% en otros programas del mundo, la presencia de esquizofrenia activa es considerada una contraindicación absoluta para trasplante de hígado en el 67,4%, una contraindicación relativa en el 23,9% y una condición irrelevante en el 8,7% de los programas. De forma

similar, la esquizofrenia controlada es considerada una contraindicación absoluta en el 15,2%, una contraindicación relativa en el 65,2% y una condición irrelevante en el 19,6% de los programas.

Se ha dicho que el receptor de un trasplante de órganos, cuando tiene síntomas psicóticos, puede tener una menor adherencia a los tratamientos médicos tanto en el periodo pretrasplante como en el postrasplante. Las ideas psicóticas —particularmente las grandiosas o religiosas que involucran la idea de que Dios puede proteger el órgano trasplantado del rechazo— pueden relacionarse con la discontinuación de los inmunosupresores.

De igual forma, los pacientes paranoides pueden suspender los medicamentos por creer que son venenos con los cuales se les quiere hacer daño (10). Es escasa la literatura psiquiátrica que describe casos similares, y menor aún la que guía la toma de decisiones en una situación similar a la descrita. Coffman y Crone, en el 2002 (10), describieron 35 casos reportados en doce centros de Estados Unidos, Canadá y Australia. Los diagnósticos de los pacientes fueron: trece pacientes con esquizofrenia, trece pacientes con trastorno afectivo bipolar, cuatro casos con trastorno psicótico no especificado, tres pacientes con depresión mayor con síntomas psicóticos y dos pacientes con trastornos esquizoafectivos. La información general del estudio se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de serie de 35 casos reportados por Coffman y Crone y caso reportado

| Característica | Valor | Paciente caso |
|---|------------|---|
| Promedio de edad de comienzo de la enfermedad psiquiátrica (años) | 24,2 | 29 |
| Promedio de edad al momento del trasplante (años) | 42 | 47 |
| Sexo | | |
| Hombre | 24 | Mujer |
| Mujer | 11 | |
| Estado civil | | |
| Casado | 15 | Divorciada |
| Soltero | 15 | |
| Divorciado | 5 | |
| Promedio de años de educación (años) | 12,6 | 8 |
| Sintomas psicóticos al momento del trasplante | 13 (37,1%) | Negativo |
| Problemas psiquiátricos antes del trasplante | | |
| Pobre soporte social | 9 | No |
| Trastorno afectivo mayor | 20 | No |
| Sintomas psicóticos negativos | 9 | No |
| Hospitalización psiquiátrica repetida | 8 | No |
| Intentos de suicidio previo | 7 | No |
| Historia familiar de esquizofrenia | 5 | No |
| Comportamiento antisocial | 4 | - |
| Rasgos personalidad límite | 0 | - |
| Adherencia pretrasplante | | |
| No adherencia a tratamiento psiquiátrico | 11 (33%) | Buena adherencia Todas etapas |
| No cumplimiento de citas psiquiátricas | 8 (24,2%) | |
| No cumplimiento de otros medicamentos | 6 (18,2%) | |
| No cumplimiento de procedimientos de laboratorio | 5 (15,2%) | |
| Adherencia postrasplante | | |
| No adherencia a tratamiento psiquiátrico | 9 (25,7%) | No eventos adversos Seguimiento psiquiátrico postrasplante de 18 meses |
| No adherencia a otros tratamientos | 7 (20,0%) | |
| No cumplimiento con exámenes laboratorio | 6 (17,1%) | |
| Eventos adversos luego trasplante | | |
| Episodios maníacos o psicóticos | 13 (37,1%) | No eventos adversos Seguimiento psiquiátrico postrasplante de 18 meses |
| Intentos suicidas | 7 (20,0%) | |
| Suicidio consumado | 2 | |
| Actos ilegales | 2 | |
| Depresión grave o catatonia | 7 (20%) | |
| Arrestos por conducta antisocial o porte ilegal de arma | 2 | |
| Rechazo del trasplante por no adherencia al tratamiento | 5 (14,7%) | |
| Disminución en la función del injerto por no adherencia al tratamiento | 4 (11,8%) | No |
| Ideas paranoides que interfieren con toma de medicación | 7 (20,0%) | No |
| Ideas de referencia o suspicacia que afectaron relación con equipo de trasplantes | 6 (17,1%) | No |
| Delirios que afectan el autocuidado | 5 (14,2%) | No |
| Delirios que afectan la aceptación del órgano trasplantado | 1 (2,9%) | No |

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico complejo que enfrenta un grupo de trasplantes, que debe decidir si realiza o no el trasplante hepático que necesita una mujer con historia de esquizofrenia y síntomas psicóticos activos.

Caso

Una mujer de 47 años de edad ingresa por consulta externa del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF), remitida para evaluación por hepatología por enfermedad hepática crónica. Ella había estado bien hasta un año y medio atrás, cuando presentó edema en las extremidades y abdomen, con pérdida de apetito, astenia y adinamia. Le diagnostican cirrosis hepática y la remiten a Medellín para un trasplante hepático. El hepatólogo del hospital ingresa a la paciente en protocolo pretrasplante y se inician las valoraciones de rutina.

En la primera valoración por parte de psiquiatría de enlace se observa a una paciente bien presentada, callada, quien dice que tiene “cirrosis hepática”, que sus doctores le dijeron que tenía anemia y ascitis (“se me hinchaba todo el cuerpo y el doctor dijo que el hígado mío estaba dañado, que eso no se curaba y que se dañaría más y que hiciera vueltas para el trasplante antes de que me pusiera peor”). Al preguntarle su opinión sobre la necesidad del trasplante hepático, la paciente dice: “yo quisiera que alguien me dijera que

lo mío no es de trasplante, porque yo me veo así como tan embarazada... Y yo he escuchado hablar de inseminación artificial y yo pienso que de pronto me hicieron eso y en realidad eso podría ser un embarazo...”. Cuando se le pregunta cómo puede ser que ella en su condición se encuentre embarazada dice:

Puede que haya alguien que me quiera mucho y quiera tener un hijo conmigo... Aunque a mí me parece que lo más probable es que estén haciendo un experimento conmigo y todos los médicos están de acuerdo con el experimento... Yo estoy a prueba... A mí me escogieron, para un primer experimento que no se había hecho nunca... Yo creo que a mí me eligieron porque me vieron fuerte.

Cuando se le pregunta sobre cómo es posible que esto esté ocurriendo y qué tiene que ver su familia en todo esto dice: “ellos están más apegados a mí ahora y eso es muy raro, eso es que ellos también saben todo esto”.

Durante la exploración psicopatológica la paciente refiere: “es como si me leyeran la mente”, “en la televisión dicen palabras y es como si las sacaran de mi mente”, “ellos en la televisión hacen las cosas para que yo las aprenda”, “yo siento que la gente va a la misma casa a responder lo que yo digo”. Admite fenómenos sensorceptivos: “yo los veo, los toco, los siento, ellos se meten a mi casa, a mi cuarto”. Espontáneamente la paciente refiere: “yo puedo creer

que es mi hermana; pero en realidad no lo es... Yo sé que no es ella en realidad". La paciente admite, además, que siente que la tocan, que percibe "olores a cementerio". Además, cree que tiene el don de la telepatía. Le molesta que la gente de la calle la miren tanto y piensa que se burlan de ella.

Con base en la información obtenida, se diagnostica esquizofrenia paranoide y se decide iniciar tratamiento farmacológico con risperidona 1 mg/noche. Para complementar la evaluación se solicita resonancia nuclear magnética cerebral, que permitirá descartar lesión estructural de sistema nervioso central. La paciente manifiesta en la siguiente revisión gran somnolencia, por lo cual se disminuyó la risperidona a 0,5 mg/noche. La resonancia nuclear magnética muestra alta intensidad con información en T2 en los ganglios basales, lo cual se relaciona con enfermedad hepática de base sin otros hallazgos de importancia.

Luego de veinte días de recibir tratamiento con risperidona, presenta un episodio de desorientación, disartria y lentitud motora. Es evaluada por el médico hepatólogo, quien diagnostica encefalopatía hepática y decide hospitalizarla. La paciente permanece ocho días en regular estado general, con somnolencia, alteración en la orientación y, en algunos momentos, en estupor superficial; por ello se hace necesario ingresarla a la sala de cuidados especiales. Durante este tiempo la

paciente continúa recibiendo 0,5 mg/noche de risperidona.

A los dieciocho días de la hospitalización, la paciente es dada de alta en buenas condiciones generales. En la evaluación psiquiátrica por consulta externa, dos meses luego de iniciar la risperidona, la paciente es observada mejor, habla con claridad de su enfermedad hepática y se burla de sus ideas acerca de estar embarazada. Niega fenómenos sensorio-perceptivos y preocupación o temor por su bienestar. La paciente completa el protocolo pretrasplante del hospital e ingresa en lista de espera nacional. Así, logra acceder a este tres meses después de realizarse el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y de iniciarle el tratamiento antipsicótico. La cirugía de trasplante es exitosa. La paciente es dada de alta a los diez días postrasplante. A los dos meses presenta toxicidad por inmunosupresores, por lo cual necesita estar hospitalizada de nuevo. Finalmente, en el sexto mes postrasplante, la paciente regresa a su ciudad de origen y continúa el manejo psiquiátrico ambulatorio.

Discusión

El caso clínico de esta paciente planteó diversos interrogantes clínicos y dilemas éticos. Desde el punto de vista médico, el trasplante hepático se encontraba justificado por la rápida progresión de la enfermedad hepática de base, que hacía suponer un deterioro progresivo y

el riesgo de muerte si no se llevaba a cabo. La aproximación por parte del grupo de psiquiatría de enlace se encaminó a siete elementos esenciales (tabla 2): 1) diagnóstico psiquiátrico; 2) tratamiento integral; 3) evaluación del apoyo familiar y social; 4) predecir capacidad de la paciente de asumir los retos propios del proceso del trasplante; 5) comunicar de forma apropiada al grupo de trasplantes los hallazgos psicopatológicos; 6) dar seguimiento a la paciente y apoyo a su familia, y 7) conectar a la paciente con los médicos de su lugar de origen.

El diagnóstico de esquizofrenia en una evaluación psiquiátrica pretrasplante representa un hallazgo inusual para nuestro grupo de psiquiatría de enlace. Por esto, el objetivo inicial de nuestra valoración fue tener la certeza

de la presencia del trastorno psicótico, lo cual quedó confirmado por los síntomas de primer orden encontrados en la paciente, el antecedente de un episodio psicótico con ruptura biográfica hace dieciocho años y el relato de la familia, que confirmó un comportamiento extraño secundario a las ideas paranoides y la actitud alucinatoria frecuente, así como la disfunción en la interacción familiar y social.

La risperidona se escogió por su perfil de seguridad en pacientes con enfermedad hepática y durante todo el proceso se brindó apoyo psicoterapéutico a la paciente y a su familia. Era necesario, luego de hacer las primeras consideraciones diagnósticas y farmacológicas, comunicar de forma apropiada estos hallazgos psicopatológicos al médico hepatólogo coordinador del grupo de

Tabla 2. Etapas e intervenciones

| Etapa | Problema | Estrategia |
|-------------------------|---|---|
| Pretrasplante | Síntomas psicóticos | Diagnóstico preciso |
| | Red familiar y social/ tratamiento adherencia. | Evaluar red de apoyo |
| | Efectos secundarios de la medicación | Escoger mejor perfil Dosis bajas/seguimiento |
| | Comunicación asertiva al grupo de trasplantes | Exponer situación Brindar esperanza Hacer posible el trasplante |
| Postrasplante inmediato | Delirium | Medidas farmacológicas y no farmacológicas |
| | Agitación | Sedación/inmovilización |
| | Familia desmoralizada | Apoyo psicoterapéutico |
| Postrasplante | Continuidad con tratamiento | Seguimiento consulta Psicoeducación |
| Regreso a casa | Continuidad del tratamiento | Citas de psiquiatría en Barranquilla, citas periódicas psiquiatría en Medellín, educación al paciente y familia |

trasplante de hígado del hospital. La intención del grupo de psiquiatría de enlace fue la de brindar a la paciente la oportunidad de acceder al trasplante hepático, y esto se podía lograr alcanzando un adecuado control de los síntomas psicóticos.

Se acordó con el grupo de trasplantes continuar con los exámenes y evaluaciones del protocolo pretrasplante y realizar una evaluación psiquiátrica semanal. Los síntomas psicóticos comenzaron a reducirse a partir de los veinte días de tratamiento, y para el momento del trasplante, dos meses y medio luego del inicio del tratamiento farmacológico con risperidona, la paciente no presentaba los delirios descritos inicialmente, comprendía de forma lógica la necesidad del trasplante y se relacionaba de forma apropiada con los médicos y su familia.

Una preocupación que tuvo el grupo de psiquiatría de enlace fue el tipo de ideas delirantes que presentaba la paciente, puesto que las interpretaciones que hacía en relación con su enfermedad hepática y la necesidad de un trasplante podrían verse potenciadas por los procedimientos médicos a los que debía ser sometida la paciente y, además, que una conducta inapropiada como resultado de las ideas delirantes pusiera en riesgo el éxito del trasplante. El siguiente paso de la valoración psiquiátrica se encaminó a evaluar la red familiar y social de la paciente.

Se logró establecer una adecuada red de apoyo familiar conformada

por los hermanos y sobrinos de la paciente. Esta red familiar demostró en el pretrasplante y en el postrasplante la capacidad de acompañarla de forma permanente, al brindarle compañía, cuidado apropiado y apoyo emocional. La buena respuesta farmacológica, con la desaparición de las ideas paranoides que vinculaban la idea de encontrarse “embarazada” y bajo un “experimento médico”, aportaron confianza a la idea del grupo de psiquiatría de enlace de que la paciente podía ser trasplantada.

Posiblemente uno de los puntos clave de este caso clínico fue el adecuado seguimiento que se logró hacer durante todo el tiempo por parte de psiquiatría de enlace, durante todas las etapas del trasplante. En septiembre del 2010 se cumplió un año del trasplante. La paciente fue evaluada por consulta externa a principios del 2011, y continúa con igual manejo farmacológico, libre de síntomas psicóticos y con deseos de conseguir un empleo luego de veinte años de permanecer aislada en su casa.

Es escasa la literatura en relación con este tema. La serie de 35 casos de Coffman y Crone (10) permite conocer algunos elementos clínicos y sociodemográficos que pueden ayudar a tomar la decisión con un paciente que requiera trasplante y tenga un trastorno psicótico comórbido. El vivir solo o ser habitante de la calle parece correlacionarse con una alta posibilidad de no cumplimiento en la toma de

medicamentos inmunosupresores (45,5% frente a 9,5%) cuando se compara con aquellos que cuentan con adecuado apoyo social.

El tiempo transcurrido desde el último episodio psicótico también se correlaciona con el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos; la adherencia a los inmunosupresores parece ser mayor luego de un año del último episodio psicótico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el no cumplimiento de los medicamentos inmunosupresores varía entre un 20% y un 50% en la población de pacientes trasplantados sin enfermedad mental. Por lo tanto, los pacientes psicóticos caen dentro de este rango. Si bien con una menor adherencia los pacientes esquizofrénicos la tienen peor que los no esquizofrénicos (23% frente a 15,4%), además los pacientes con síntomas psicóticos tuvieron más dificultad con los inmunosupresores que aquellos con síntomas psicóticos positivos.

Los intentos suicidas fueron reportados en el 35,7% de pacientes con síntomas psicóticos en el año anterior al trasplante contra el 5,9% de aquellos sin síntomas psicóticos. La no adherencia al tratamiento farmacológico es un hecho frecuente en las diferentes poblaciones de pacientes trasplantados. Se conoce que en pacientes con trasplante de órgano sólido, la falta de adherencia a los tratamientos médicos oscila entre el 20% y el 50%, y en pacientes con enfermedad mental comórbida es

de 14,7%, lo cual es menor. Por lo tanto, predecir falta de adherencia en un paciente con enfermedad mental como argumento para contraindicar el trasplante de órgano sólido viene a ser un argumento inválido.

Conclusiones

A la luz del conocimiento médico actual, la esquizofrenia no representa una contraindicación absoluta para la realización de un trasplante hepático en un paciente para quien esta es la única opción de continuar con vida. La psiquiatría de enlace puede hacer posible que un grupo de trasplantes brinde la oportunidad de un trasplante hepático a una persona con una grave enfermedad mental de base. Esta experiencia tiene gran valor para los pacientes con enfermedad mental y para la psiquiatría colombiana, porque representa un paso significativo en el largo camino de vencer el estigma que la enfermedad mental impone a quienes la sufren.

Referencias

1. Garrido-Cantero G, Miranda-Serrano B. Organización de trasplantes en España. Modelo Español. En: Montero-Benzo R, Vicente-Guillén R. Tratado de trasplantes de órganos. Madrid: Arán Ediciones, S. L.; 2006. pp. 9-21.
2. Varvasovszky Z, Mckee M. Problem drinking among hospitalized patients in Hungary. *Alcohol Alcohol*. 2000;35:574-9.
3. Narro-Robles J, Gutiérrez-Ávila J, López Cervantes M, et al. La mortalidad por cirrosis hepática en México: caracte-

- terísticas epidemiológicas relevantes. *Salud Pública Méx.* 1992;34:378-87.
4. Medina E, Kaempffer A. Cirrosis hepática en Chile. *Rev Chil Salud Pública.* 2002;6:7-14.
 5. Gutiérrez JI. Trasplante hepático en adultos y niños. En: Velásquez A, Arbeláez M, editores. *Cirugía trasplantes.* 1ª edición. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2005. pp. 447-62.
 6. Levenson JL, Olbrisch ME. Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. En: Trzepacz P, DiMartini A, editors. *The transplant patient* 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. pp. 21-41.
 7. Brandwin M, Trask PC, Schwartz SM, et al. Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *J Psychosom Res.* 2000;49:141-7.
 8. Chacko RC, Harper RG, Gotto J, et al. Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *Am J Psychiatry.* 1996;153:1607-12.
 9. DiMartini A, Crone C, Fireman M, et al. Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. *Crit Care Clin.* 2008;24:949-81.
 10. Coffman K, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Current Opinions in Organ Transplantation.* 2002;7:385-8.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo

*Recibido para evaluación: 2 de febrero de 2011
Aceptado para publicación: 3 de marzo de 2012*

Correspondencia
Diana Restrepo Bernal
Hospital Universitario San Vicente Fundación
Calle 64, carrera 51D
Medellín, Colombia
dianarestrepobernal@gmail.com