

INAD  
Institut de  
Neuropsiquiatria  
i Addiccions

Parc  
de Salut  
**MAR**  
Barcelona

# Institut de Neuropsiquiatria y Addiccions

 SOCIETAT CATALANA  
DE PSIQUIATRIA  
I SALUT MENTAL

Centre  
Dr. Emili Mira

Parc  
de Salut  
**MAR**  
Barcelona



*Liliana Galindo G, Francisco Pastoriza R.  
Residents 3er any*



## VIH Y PSIQUIATRIA

---

- Presentació del cas clínic
- Conductes de risc en pacients amb TMS
- Evolució
- La complexitat de l'abordatge del pacient amb TMS i VIH



## Cas Clínic

---

- Home de 42 anys que acudeix a urgències de psiquiatria per iniciativa pròpia (2010)

Quadre de **tres anys** d'evolució:

"La gent l'insulta pel carrer"

"La gent li vol matar"



# Antecedents

---

- Al·lèrgia a Atarax  
IQ de comunicació interventricular als 11 anys
- **VIH dx el 1997** en control a Hospital Vall d'Hebron  
Previ tractament amb:

Kaletra (lopinavir+ritonavir) :Inhibidores de la proteasa

Combivir (ziduvudine+lamivudine):Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa

No tractament ni control actual. No sap càrrega viral ni CD4

- Malalties associades a VIH:
  - Pneumònia per pneumocystis en 97
  - TBC ganglionar en 97

***Falta adherència al tractament i al seguiment***

*“Per picors”*



# Antecedents

---

- Sociofamiliar: **Viu al carrer**, no té contacte amb la família d'origen. Cobra invalidesa absoluta des de 1999
- Consum de **múltiples tòxics des dels 20 anys**
  - ☒ **Cocaïna intranasal i amfetamines**  
Refereix abstinència des de 2004  
Screening positiu per amfetamines 2008
- Psiquiàtrics:  
Ingrés en IMPU 2004 amb od de psicosi inespecífica.
  - No tractament ni seguiment.
  - Visites a urgències: od T. Personalitat
  - Consum ocasional d'olanzapina i lorazepam



## Exploració Psicopatològica

---

- Descuit d'higiene personal, aspecte extravagant
- Discurs coherent i fluid però molt circumstancial
- Autoreferencialitat i vivències sensitiu paranoides
- Idees delirants paranoides de perjudici no estructurades
- AI - lucinacions auditives de diverses veus que l'insulten
- Irritable, desconfiat, angoixat.

*Tòxics Negatius*



# Ingrés Hospitalari

---

- Olanzapina fins 15mg
- Tendència a resolució dels símptomes
- Capacitat de controlar i minimitzar els símptomes
- Alta voluntària dia 8 d'ingrés
- Derivació CSMA i Infeccioses



# Ingrés Hospitalari

---

- ❌ Finalista
  - ❌ Amenaces autolítiques
  - ❌ Poca congruència
- 
- Reingrés als 20 dies després de >7 visites a urgències per reparició dels símptomes i demandes socials
  
  - Paliperidona a 9mg/dia





## Complicació Somàtica

---

- Valoració Medicina Interna: reinici de tractament antiretroviral  
Febre + Diarrea = Ciprofloxacino  
Hipersensibilitat amb febre i lesions dèrmiques butllofes prúrigo ampollosa

Hb 11.3g/dl, VCM 85.6fl, HCM 24pg. Leucocitos 5.76 (N 4.41, L 0.71, M 0.55, E 0.35, B 0.01).

**CD4T 0.004 (>500-600), CD8T 0.559, Cociente CD4/CD8 0.006.(>30%)**  
Hiperprolactinèmia (PRL 424).

- Alta voluntària dia 14



# ORIENTACIÓ DIAGNOSTICA

---

Eix I: Esquizofrenia Paranoide (295.30)

Eix II: Diferit (301.9)

Eix III: VIH Sida Estadi C3

Eix IV: Sense sostre

Eix V: GAF 55



# Use of Medicaid Data to Explore Community Characteristics Associated with HIV Prevalence Among Beneficiaries with Schizophrenia

---

JAMES WALKUP, PhD<sup>a</sup>  
AYSE AKINCIGIL, PhD<sup>b</sup>  
DONALD R. HOOVER, PhD<sup>a</sup>  
MICHELE J. SIEGEL, PhD<sup>a</sup>  
SHAHLA AMIN, MS<sup>c</sup>  
STEPHEN CRYSTAL, PhD<sup>a</sup>

PUBLIC HEALTH REPORTS / 2011 SUPPLEMENT 3 / VOLUME 126

## Negative Symptoms and HIV/AIDS Risk-Behavior Knowledge in Schizophrenia

---

LIEZL KOEN, MBChB, MMed(Psych), SUSAN UYS, MBChB  
DANA J.H. NIEHAUS, MBChB, MMed(Psych), DMED,  
ROBIN A. EMSLEY, MBChB, MMed(Psych), Ph.D.



# ¿Qui i Com?

---

ISSUES AFFECTING PATIENT SAFETY AND WELL-BEING

*Journal of*  
**Clinical Nursing**

HIV prevention for people with serious mental illness: a survey of mental health workers' attitudes, knowledge and practice



## Evolució en Línia de Temps

---

- Polifreqüentador de UCIES
- Dificultat en l'acceptació de límits, sensitiu paranoide
- Negativa a tractaments infectològics i psiquiàtrics
- Instrumentalització de la clínica psicòtica
- Síntomes crònics sense repercussió conductual / emocional
- No clínica afectiva franca. No idees d'auto-heteroagressivitat.



## Evolució en Línia de Temps Postalta

---

- Vinculació als serveis socials per ubicar en **Sense Sostre** .
- Coneixedor dels recursos socials i sanitaris sense adherència
- Determinació 10/11: CV 395 000/copias CD4 1 0.14%



## **Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica**

J. Sáiz Ruiz, J. Bobes García, J. Vallejo Ruiloba, J. Giner Ubago, M. P. García-Portilla González

- Comparat amb la població general i amb altres trastorns mentals el nivell de salut física dels pacients amb esquizofrènia és pitjor.
- Sobremorbiditat infecciosa, metabòlica, cardíaca i respiratòria,
- Excés de mortalitat tant global com per causes naturals



## La complexitat de l'abordatge del paciente amb TMS i VIH

---

¿Quins són els desafiaments en el tractament individual de HIV amb Esquizofrènia comòrbida?

¿Com complica el diagnòstic diferencial en els diferents estadis de la malaltia la comorbiditat d'aquests pacients amb trastorn psicòtic i encefalopatia HIV?





## Deteriorament secundari per comorbiditat

---

- CD4 < 200/300 cell/mm<sup>3</sup> = alt risc de deteriorament cognitiu a mitjà termini (tot i la posterior elevació del CD4).

### **CNS Inflammation and Macrophage/Microglial Biology Associated with HIV-1 Infection**

J Neuroimmune Pharmacol (2009) 4:430–447

Anjana Yadav • Ronald G. Collman

- Donada la llarga evolució de les dues patologies de base, és molt difícil atribuir la disfunció a nivell de SNC al HIV primari, a complicacions de l'HIV o a l'Esquizofrènia.



## Factors relacionats amb la manca d'adhesió al ttm.

---

- Pacient
- Malaltia
- Tractament
- Institució
- Relació metge pacient

*Mostrar respecte i atenció global al pacient és una intervenció "no específica" que ajuda al pacient a parlar de si mateix, de les seves creences i iniciatives.*



## La complexitat de l'abordatge del paciente amb TMS i VIH

---

“There’s something in my body that shouldn’t be there”: Using Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Psychosis and HIV

Ilan P. Goldberg, MD, Rachel Jimenez, MD, Robert M. Goisman, MD, Marshall Forstein, MD, Prometheus Constantinides, MD, and Thomas G. Gutheil, MD

*Harv Rev Psychiatry 2011;19:198–209.*



# Model A-B-C

---

- A. Esdeveniment activador / desencadenant (no el coneixem).
- B. Creences (mediadores).
- C. Conseqüències emocionals / comportamentals (respostes de suspicaços, violentes o d'evasió).

L'objectiu és interrompre aquesta cadena de successos a través de:

Reestructuració, sobre Bs

Ensenyament d'habilitats per tolerar diferents situacions, sobre Cs.



# Model A-B-C

---

**Terapia grupal:** Introduir conceptes com el ABCs.

**Teràpia individual:** Aplicar conceptes a la vida particular del pacient.

---

*AIDS Patient Care STDS*, 2007 Mar;21(3):212-22.

**Improvement of psychosocial adjustment to HIV-1 infection through a cognitive-behavioral oriented group psychotherapy program: a pilot study.**

Rousaud A, Blanch J, Hautzinger M, De Lazzari E, Peri JM, Puiq O, Martinez E, Masana G, De Pablo J, Gatell JM.

---



---

¿Quina seria l'estructura d'una hospitalització parcial per a benefici del nostre pacient?

- ¿En quin context el pacient pot ser millor supervisat per oferir cura a les seves necessitats?
- En absència d'un lloc fix i un tractament ambulatori intensiu, aquest tipus de pacients circulen entre el "dins i fora" al tractament, sent cada vegada més gran el risc per a ells i per a altres.



# Tractament farmacològic?

---

## Case Reports

### Clozapine Use in HIV-Infected Schizophrenia Patients: A Case-Based Discussion and Review

---

SHAMIM HASHEMI NEJAD, M.D.

RAJESH T. GANDHI, M.D.

OLIVER FREUDENREICH, M.D.



# Parc de Salut MAR



**GRÀCIES!**

