

Síndrome de Cotard. Apropósito de un caso.

Vanesa Berdión Marcos*, **Belén García Sánchez****, **Noelia Canas Junquera****, **María Victoria Pineda Buendía***.

*EIR. Servicio de Salud Mental. Hospital Provincial de Zamora. Zamora (España).

**EIR en Salud Mental. Servicio de Salud Mental. Hospital Provincial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Vanesa Berdión Marcos: vberdion@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Cotard fue descrito por Jules Cotard, siendo actualmente una condición psiquiátrica poco frecuente. Se utiliza dicho diagnóstico para personas que niegan la existencia de partes de su cuerpo, llegando a negar la existencia del mundo que les rodea. La definición dada por Cotard no consiste solamente en la creencia de estar muerto, sino que, además genera ansiedad, agitación, depresión, conductas suicidas y delirios nihilísticos. La mayor parte de los casos están asociados a enfermedades neurológicas y psiquiátricas. El objetivo es mostrar un caso clínico, exponiendo la importancia de realizar un plan de cuidados individualizado en pacientes con síndrome de Cotard en el contexto de trastorno depresivo.

Exposición del caso: Paciente de 89 años, con antecedentes de dos episodios depresivos con resolución completa, que acude a urgencias, porque se negaba a comer y a tomar el tratamiento, verbalizando que "estaba muerto".

Diagnóstico y discusión: Se estableció un plan de cuidados de enfermería, según taxonomías NANDA, NOC y NIC.

00078 Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.

00140. Riesgo de violencia autodirigida r/c ideas suicidas.

00052 Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p deterioro del funcionamiento social.

00095 Insomnio r/c depresión m/p dificultad para conciliar el sueño.

Se hace patente la importancia de concienciar al paciente sobre su enfermedad y realizar un plan de cuidados individualizado para pacientes con síndromes poco frecuentes.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Cotard, cuidados de enfermería, suicidio, depresión.

CASO CLINICO

INTRODUCCIÓN

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1880 por Jules Cotard en una mujer de 48 años diagnosticada de melancolía, aunque el primer caso con síntomas similares fue documentado por Charles Bonnet en 1788. Se considera una forma especial de delirio depresivo o esquizofrénico muy infrecuente [1]. Este síndrome suele estar asociado a patología neurológica (hemorragia subdural, enfermedad cerebrovascular isquémica o atrofia de la corteza insular) y psiquiátrica (trastorno bipolar, trastorno depresivo, esquizofrenia...) [2].

La negación de la existencia de partes del cuerpo es un signo de disfunción del lóbulo parietal. Suelen verse aumentados los niveles de dopamina y noradrenalina en los pacientes con cualquier tipo de Síndrome de Cotard y se

mantienen elevados durante todo el curso de la depresión psicótica [3].

En 1995, Berrios y Luque realizaron una clasificación a partir de un análisis retrospectivo de 100 casos en la literatura, donde se subdividió el síndrome de Cotard en tres tipos [4].

- 1) Síntomas de depresión psicótica, caracterizado por ansiedad, melancólica, culpa, delirio nihilista, alucinaciones auditivas/visuales y comportamiento suicida [4].
- 2) Síntomas hipocondríacos, delirios nihilistas y ausencia de episodios depresivos [4].
- 3) Caracterizada por ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios de inmortalidad, delirios nihilistas [4].

El Síndrome de Cotard actualmente no está clasificado como un trastorno independiente en el DSM-5 y la CIE-10. En el DSM-5 los delirios nihilistas se clasifican como parte de los trastornos del humor, son delirios congruentes dentro un episodio depresivo con características psicóticas [5].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 89 años, reside con su mujer enferma de Alzheimer y su hijo en el ámbito rural. Sus familiares refieren un buen funcionamiento social y familiar previo, siendo independiente en las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes familiares: hija con trastorno bipolar. Antecedentes personales: adenocarcinoma de pulmón, fibrilación auricular y herpes zoster. Antecedentes Psiquiátricos: dos episodios depresivos con resolución completa.

Tratamiento: olanzapina, quetiapina, venlafaxina, diltiazem, dutasterida, acenocumarol. Ingresa en la unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría por alteraciones del comportamiento. Sus familiares comentan que desde hace unas semanas, a raíz de unos problemas físicos (herpes zoster) inicia progresivamente un cuadro de bajo ánimo acompañado en ocasiones de desorientación y gran angustia, verbalizando que se va a morir.

A su llegada a la unidad se muestra suspicaz, consciente, orientado, poco colaborador, desaseado y con nula conciencia de enfermedad. Repite continuamente que “está muerto, muy

seco, que los muertos no comen, que no tiene estómago ni músculos”. Se descarta patología orgánica, se ajusta tratamiento farmacológico y se pauta terapia electroconvulsiva.

Valoración de enfermería (Patrones Funcionales de Majory Gordon).

1. Percepción - Manejo de Salud

- Aspecto descuidado.
- Nulo conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento.
- Incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico pautado.
- No hábitos tóxicos.
- No alergias medicamentosas conocidas.

2. Nutricional - Metabólico

- Oposicionista a las ingestas.
- Índice de masa corporal bajo.
- Prótesis dental.
- Piel: deshidratada y pálida.

3. Eliminación

- Tendencia al estreñimiento.

4. Actividad - Ejercicio

- Tendencia a la clinofilia (hasta hace un mes montaba en bicicleta).
- Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

5. Sueño - Descanso

- Ciclo de sueño alterado.

6. Cognitivo - Perceptivo

- Nula conciencia de enfermedad.
- Muy poco colaborador.
- Dificultad en la atención.
- Ideas tanáticas no estructuradas.

7. Auto percepción - Autoconcepto

- Anhedonia.

8. Rol - Relaciones

- Tiene cinco hermanos.
- Vive con su mujer enferma de Alzheimer y un hijo.
- Vive en una zona rural.
- No establece relaciones sociales con otras personas.

9. Sexualidad - reproducción

- Tiene tres hijos.

10. Tolerancia al estrés

- Se muestra nervioso y angustiado.

11. Patrón Valores - Creencias

- Católico.
- Pensamiento constante de que está muerto.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

Diagnósticos de enfermería

00078 Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.

NOC:

11300 Aceptación: estado de salud.

NIC:

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

Actividades:

Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.

Identificar cambios en el estado físico del paciente.

2380 Manejo de la medicación.

Actividades:

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

00140. Riesgo de violencia autodirigida r/c ideas suicidas.

NOC:

1408 Autocontrol del impulso suicida

NIC:

6340 Prevención del suicidio.

Actividades:

Determinar la existencia y el grado de suicidio.

Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que puedan poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, crisis).

Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo si procede.

4354 Manejo de la conducta: autolesión.

Actividades:

Determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos.

Retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente.

Identificar los indicios que acontecen al comportamiento de automutilación.

Proporcionar una vigilancia continua del paciente y del entorno.

00052 Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p deterioro del funcionamiento social.

NOC:

1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado.

NIC:

4820 Orientación de la realidad.

Actividades.

Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza, amable, amistad activa, pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente).

Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p.ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).

Involucrar al paciente en actividades concretas "aquí y ahora" (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.

00095 Insomnio r/c depresión m/p dificultad para conciliar el sueño.

NOC:

1204 Equilibrio emocional.

NIC:

1850 mejorar el sueño

Actividades

Determinar el patrón sueño/vigilia del paciente.

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.

Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y /o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.

Este plan de cuidados individualizado trata de dar respuesta desde la perspectiva enfermera a la

problemática que genera en este paciente el Síndrome de Cotard”.

Los primeros días el paciente está supervisado continuamente y se le aplica el protocolo de prevención de suicidio. Al principio se niega a tomar medicación y a comer, por lo que se pauta tratamiento intravenoso. Se hace terapia de orientación en la realidad y adherencia al tratamiento, con lo que se consigue que tome correctamente la medicación y no tenga pensamientos continuos de ideación autolítica.

Pasada una semana y tras varias sesiones de terapia electroconvulsiva el paciente se encuentra eufímico, sin ideas delirantes y mejora el patrón del sueño del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berrios GE, Luque R. Cotard's "On hypochondriacal delusions in a severe form of anxious melancholia". *Hist Psychiatry*. 1999; 10(38): 274-278.
2. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull*. 2007; 33(3): 642-647.
3. Sekha S, Mitra S. "I do not exist" - Cotard Syndrome in insular Cortex atrophy. *Biological psychiatry*. June 2015;77(11): 52-53.
4. Berrios GE, Luque R. Cotard's Delusion or Syndrome?: A Conceptual History. *Compr Psychiatry*. 1995; 36(3): 218-223.
5. Debruyne H, Portzky M, Peremans K, Audenaert K. Cotard's syndrome. *Mind Brain J Psychiatr* 2011; 2:(1): 67-72.