

• PROYECTO ISS - ASCOFAME •

GUIAS DE PRACTICA CLINICA
BASADAS EN LA EVIDENCIA



URGENCIAS
PSIQUIATRICAS

Dr. Carlos Enrique Climent López
Dr. Eduardo Castrillón Muñoz
Dr. Carlos Alberto Miranda
Dr. César Hernando González Caro
Dr. Severo Alberto Conde Ramírez
Dr. Francisco Torres

AUTORES DE LA GUIA

Dr. Carlos Enrique Climent López
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle
Coordinador Guía de Práctica Clínica

Dr. Eduardo Castrillón Muñoz
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. Carlos Alberto Miranda
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. César Hernando González Caro
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. Severo Alberto Conde Ramírez
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. Francisco Torres
Departamento de Psiquiatría
Clínica Rafael Uribe Uribe,
Instituto de Seguros Sociales - Cali

COORDINACION Y ASESORIA

Dr. Héctor Raul Echavarría
Decano Facultad de Salud
Universidad del Valle
Decano Coordinador

Dra. Kathy Sanders
Jefe de Psiquiatría de Urgencias
Massachusetts General Hospital,
Boston, Estados Unidos
Asesora Internacional

INDICE

FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA - ISS ASCOFAME	17
1. RESUMEN GLOBAL	18
1.1. El paciente suicida	18
1.2. Síndrome depresivo	18
1.3. Crisis de pánico	19
1.4. Paciente agitado-violento	19
1.5. Psicosis aguda	20
1.6. Delirium	20
1.7. Trastornos somatomorfos	21
1.8. Abuso de sustancias	21
1.9. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes	22
1.10. Psicofarmacotoxicología	22
2. INTENTO SUICIDA	22
2.1. Definiciones	22
2.2. Factores de riesgo	23
2.2.1. Indicadores de alto riesgo	23
2.2.2. Indicadores demográficos	24
2.2.3. Otros indicadores	24
2.3. Tratamiento del intento suicida	24
3. SINDROME DEPRESIVO	25
3.1. Definición	25
3.2. Principales entidades clínicas	25
3.2.1. Trastorno depresivo mayor	25
3.2.1.1. Síntomas clínicos	25
3.2.1.2. Depresión en la vejez	26
3.2.2. Trastorno distímico	26
3.2.3. Trastornos adaptativos	26
3.3. Exámen del estado mental	26
3.3.1. Descripción general	26
3.3.2. Diagnóstico diferencial	26

- 3.4. Pronóstico 27
- 3.5. Tratamiento 27
 - 3.5.1. Psicoterapia 27
 - 3.5.2. Farmacoterapia 27
 - 3.5.3. Hospitalización 27
 - 3.5.4. Fármacos 27
 - 3.5.4.1. Elección 27
 - 3.5.4.2. Dosis 28
 - 3.5.4.3. Efectos adversos principales 28
 - 3.5.5. Consideraciones finales 28
- 4. CRISIS O ATAQUES DE ANGUSTIA (ANSIEDAD) 29
 - 4.1. Definición 29
 - 4.2. Síntomas de los ataques de angustia 29
 - 4.2.1. Otros síntomas presentados con menor frecuencia 29
 - 4.3. Trastornos de ansiedad asociados a crisis de pánico 29
 - 4.3.1. Trastorno de pánico2 29
 - 4.3.2. Trastorno de angustia generalizada 30
 - 4.3.3. Trastorno por estrés postraumático 30
 - 4.3.4. Agorafobia 31
 - 4.3.5. Fobias sociales 31
 - 4.3.6. Reacción de ajuste con angustia 31
 - 4.3.7. Trastornos orgánicos que pueden simular ataques de
angustia 31
 - 4.4. Evaluación en el momento de la urgencia 31
 - 4.5. Tratamiento de urgencia para la crisis de angustia 32
 - 4.5.1. Objetivo 32
 - 4.5.2. Tratamiento farmacológico 32
- 5. PACIENTE AGITADO VIOLENTO 32
 - 5.1. Definición 32
 - 5.2. Consideraciones generales 32
 - 5.2.1. La seguridad 33
 - 5.2.2. La evaluación 35
 - 5.2.3. El tratamiento 35
- 6. PSICOSIS AGUDA 35

6.1. Introducción y objetivos	35
6.2. Definición e información marco	36
6.3. Guía para la intervención	37
6.4. Guía de tratamiento de la psicosis aguda	37
6.4.1. Ambiente general	38
6.4.2. Tratamiento farmacológico	38
7. DELIRIUM	38
7.1. Introducción y objetivos de la guía	38
7.2. Definición e información marco	39
7.3. Factores predisponentes	40
7.4. Causas de "delirium"	40
7.5. Diagnóstico	40
7.6. Exámenes de laboratorio	40
7.6.1. Otros exámenes	40
7.7. Tratamiento	41
7.8. Recomendaciones	41
8. TRASTORNOS SOMATOMORFOS	41
8.1. Definición e información marco	41
8.2. Trastorno conversivo	42
8.2.1. Guía para la intervención en urgencias	42
8.3. Trastorno de somatización	42
8.3.1. Guía para la intervención en urgencias	43
8.4. Hipocondriasis	43
8.5. Otros trastornos somatomorfos	43
8.5.1. Trastorno dismórfico corporal	43
8.5.2. Trastorno psicósomático del dolor	43
8.6. Evidencia, grado de recomendación	44
9. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS POR ABUSO DE SUSTANCIAS	44
9.1. Definición	44
9.2. Tipos de sustancias y manejo	44
9.2.1. Alcohol	44
9.2.1.1. Tratamiento	45
9.2.1.2. Síndrome de Retiramiento del Alcohol	45
9.2.1.2.1. Tratamiento	46

- 9.2.2. Anfetaminas o cocaína 46
 - 9.2.2.1. Síntomas y signos de intoxicación 46
 - 9.2.2.2. Tratamiento 46
- 9.2.3. Marihuana 46
 - 9.2.3.1. Manifestaciones de la intoxicación 46
 - 9.2.3.2. Manejo 46
- 10. URGENCIAS PSIQUIATRICAS GERIATRICAS 47
 - 10.1. Definición 47
 - 10.2. Condiciones asociadas con agitación y agresión en el anciano 47
 - 10.3. Medicaciones y fármacos asociados con agitación y agresión en el anciano 47
 - 10.4. Características de la agitación en el anciano 48
 - 10.5. Principios de farmacoterapia para agitación y agresión en el anciano 48
 - 10.5.1. Tipos de fármacos a utilizar 48
 - 10.5.1.1. Benzodiazepinas 48
 - 10.5.1.2. Lorazepán 49
 - 10.5.1.3. Drogas antipsicóticas 49
 - 10.6. Farmacoterapia en agitación crónica 50
 - 10.6.1. Anticonvulsivantes 50
 - 10.6.2. Antidepresivos serotoninérgicos (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) 50
- 11. HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS 51
 - 11.1. Definición 51
 - 11.2. Clasificación 52
 - 11.3. Criterios diagnósticos (síntomas y signos) 52
 - 11.4. Ayudas diagnósticas 53
 - 11.5. Plan de tratamiento 53
- 12. FARMACOTOXICOLOGIA DE LAS DROGAS PSIQUIATRICAS 54
 - 12.1. Trastornos motores inducidos por neurolepticos 54
 - 12.1.1. Parkinsonismo 54
 - 12.1.2. Disonia aguda 55
 - 12.1.3. Acatisia aguda 55

12.1.4. Disquinesia tardia	55
12.1.5. Síndrome neuroléptico maligno	56
12.2. Efectos anticolinérgicos más frecuentes	56
12.3. Otras reacciones adversas de los principales medicamentos usados en el tratamiento de los trastornos mentales	57
12.3.1. Anticolinérgicos	57
12.3.2. Benzodiacepinas	57
12.3.3. Antipsicóticos	58
12.3.4. Antidepresivos	58
12.3.5. Litio	59
12.3.6. Anticonvulsivantes	59
BIBLIOGRAFIA	61

FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DE LA GUIA DE
PRACTICA CLINICA - ISS ASCOFAME

1. RESUMEN GLOBAL

La guía para urgencias psiquiátricas incluye los más frecuentes trastornos que pueden llegar al consultorio del médico no psiquiatra, y busca que el diagnóstico, el tratamiento y la referencia de esos pacientes, pueda ser realizado de forma idónea y eficiente. Se incluyen entre otros temas, la depresión, las crisis de pánico, el suicidio, la psicosis, el delirium orgánico los trastornos somatomorfos, la agitación y la violencia, el abuso de sustancias, la hiperactividad en niños y aspectos seleccionados de psicofarmacotxicología.

Se trata de una guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de esos trastornos basados en la mejor evidencia científica encontrada por los autores.

1.1. El paciente suicida

Estudios poblacionales sugieren que el intento de suicidio puede alcanzar cifras muy elevadas. El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en 1993 mostró que 57 de 1.000 colombianos han intentado suicidarse y que estas cifras pueden ir en aumento. Por tanto, es un grave problema de frecuente consulta en los servicios de urgencia y además constituye una gran dificultad diagnóstica y de manejo para el médico no especialista.

El conocimiento de factores de riesgo que diversos estudios han determinado, parece ser la herramienta más valiosa con que cuenta el clínico para asegurar el manejo apropiado de estos pacientes.

Se ha encontrado una asociación muy alta en pacientes que intentan suicidarse y que padecen trastornos afectivos (depresión) o que abusan de alcohol; si bien otras causas que lo precipitan incluyen situaciones asociadas a estrés psicológico (pérdidas significativas, desempleo, etc.)

Los niños y los ancianos se han considerado grupos de edad muy especiales en esta patología, pues la frecuencia de intento suicida en estas poblaciones, es particularmente alta.

Ciertas enfermedades mentales y condiciones médicas generales tienen un fuerte vínculo con los intentos suicidas. Por lo tanto, reconocer tal asociación tiene implicaciones de evaluación y tratamiento al tiempo que constituyen modelos invaluableles que sirven para comprender mejor la fisiopatología del suicidio.

1.2. Síndrome depresivo

El síndrome depresivo es un trastorno común con una prevalencia estimada del 15%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres, en una relación de 2 a 1. Sólo la mitad de los pacientes con un trastorno depresivo mayor recibe tratamiento médico adecuado. Los síntomas suelen subvalorarse muy a menudo por quienes rodean al paciente considerándolos reacciones "normales", a situaciones de estrés, poca voluntad o una ganancia secundaria. Es frecuente que al deprimido le digan "ponga de su parte", o "tómese unas vacaciones", lo que sabemos que no tiene utilidad alguna.

La tristeza, pérdida de interés y trastornos del sueño y del apetito, son síntomas importantes en la depresión del adulto, mientras que en los niños puede manifestarse como una fobia escolar o apego excesivo a los padres. La depresión en los adolescentes se asocia con frecuencia a bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, promiscuidad sexual y problemas de conducta.

El síndrome depresivo no tratado tiende a hacerse crónico, y los pacientes suelen recaer. En general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce y la gravedad se incrementa. Por el contrario, episodios leves, ausencia de síntomas psicóticos y hospitalizaciones cortas se consideran indicadores de buen pronóstico.

En la actualidad se dispone de modernos medicamentos específicos con pocos efectos colaterales y la efectividad comparable a sus predecesores. El tratamiento profiláctico también ha demostrado ser muy efectivo.

1.3. Crisis de pánico

Las crisis de pánico fueron descritas hace muchos años, pero sólo en las últimas décadas se ha reconocido como una patología perfectamente delimitada, con características clínicas especiales. Muchos pacientes buscan ayuda en los servicios de urgencia y muchos casos son diagnosticados de manera incorrecta con el consiguiente resultado de tratamiento inadecuado.

Su prevalencia en la población general oscila entre 1.5 y 2% aparece antes de los 45 años y hay una tendencia familiar entre pacientes cercanos. En cuanto a su fisiopatología, existen varias hipótesis, pero parece tener más peso una disfunción de neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central.

Se requiere de un diagnóstico preciso y de un tratamiento apropiado pues el paciente comienza a presentar ataques o crisis repetidas que le generan preocupación o serias limitaciones, hasta el punto de obligarlo a modificar su vida laboral, familiar y social.

Con mucha frecuencia esta sintomatología se acompaña de fobias; temor a los espacios abiertos (agorafobia), en las cuales, el individuo evita situaciones de encierro que impliquen dificultad para buscar ayuda si le sobreviene un ataque. El diagnóstico diferencial incluye otros trastornos psiquiátricos como el trastorno por estrés postraumático. El cuadro puede coexistir con otras entidades como la depresión, abuso de sustancias y el intento de suicidio.

1.4. Paciente agitado-violento

Una situación muy dramática en el ejercicio médico es el caso del paciente agitado o violento. Esto puede ocurrir como parte de una consulta de urgencias médicas o quirúrgicas, como referencia de la comunidad al médico más cercano o como complicación clínica de un paciente médico o quirúrgico hospitalizado.

En cualquier circunstancia, se trata de una situación amenazante, para la cual el médico y el personal auxiliar deben estar preparados.

Es indispensable que el médico disponga de los elementos para la adecuada identificación de este síndrome, su manejo en condiciones de rapidez, eficacia y seguridad para el equipo médico, y las debidas consideraciones para con el enfermo.

1.5. Psicosis aguda

La psicosis es un trastorno que implica desconexión con la realidad, y presenta sintomatología grave como delirios, alucinaciones, alteración del afecto y el comportamiento. Sus causas son orgánicas, tóxicas o "funcionales", como se denomina al grupo de las psicosis para las cuales no se ha demostrado un agente causal orgánico definitivo. En su origen hay importante elementos psicológicos, emocionales y sociales.

Las psicosis "funcionales" más frecuentes incluyen: La ESQUIZOFRENIA, que es la psicosis más frecuentemente vista en centros especializados. Su prevalencia oscila entre el 0.3 y el 17 por mil, de acuerdo a diferentes estudios en el mundo, los síntomas de la esquizofrenia son: alteración del pensamiento, lenguaje incoherente, peculiar e ilógico y la presencia de delirios referenciales: de ser "controlado", de que le "leen el pensamiento" e "inserción" y "robo" del pensamiento; delirios de grandeza, persecución o somáticos y alucinaciones, generalmente auditivas.

Afecto embotado, plano o inadecuado y gran deterioro del funcionamiento social, laboral y del autocuidado. En la etiología de la Esquizofrenia se han incluido factores genéticos (estudios en familia) y alteraciones bioquímicas (neuro transmisores), siendo lo más conocido en este aspecto la función de la dopamina y la serotonina; guardan importancia la predisposición psicológica y el medio ambiente social.

Los trastornos afectivos incluyen:

La MANIA, Trastorno caracterizado por un estado de ánimo eufórico, exaltado y expansivo, con una fácil tendencia a la irritación y la presencia de delirios.

La DEPRESION, que en su forma psicótica aguda, puede tener una sintomatología intensa: delirios, alucinaciones, catatonia y si bien su presentación agitada es rara, representa un peligro inminente para el paciente.

La PSICOSIS REACTIVA BREVE, es un cuadro súbito, precipitado por un estrés psicosocial importante, de menos de un mes de duración, con un retorno adecuado al comportamiento premórbido; la sintomatología es dramática, consta generalmente de delirios, alucinaciones y conducta desorganizada.

1.6. Delirium

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por una significativa alteración de la cognición, la atención y el comportamiento psicomotor. Su presencia se da hasta en un 15% en pacientes médico-

quirúrgicos ambulatorios y en un 30% en unidades de cuidados intensivos; compromete preferencialmente a pacientes mayores de 60 años.

El cuadro es de carácter transitorio y en su inicio existen manifestaciones prodrómicas como inquietud, ansiedad, irritabilidad y alteraciones del sueño. Los síntomas más relevantes incluyen alteraciones en conciencia, atención, orientación, pensamiento, actividad psicomotora, senso-percepción y afecto.

Las causas del delirium son variadas e incluyen trauma del sistema nervioso central, toxicidad, alteraciones vasculares, infecciones, trastornos neurológicos, alteraciones metabólicas o endocrinológicas y procesos tumorales.

1.7. Trastornos somatomorfos

Se llama TRASTORNOS SOMATOMORFOS, a los estados en los cuales hay presencia de sintomatología física, por causas psicoemocionales. Son los más frecuentes: el TRASTORNO CONVERSIVO, que consiste en la alteración de una función física, de manera súbita, sin la presencia de patología orgánica que la sustente y ante la evidencia de factores psicológicos relevantes, como precipitantes o acompañantes.

El trastorno de somatización, donde el paciente presenta síntomas múltiples, crónicos, sin evidencia de alteración orgánica; suelen encontrarse alteraciones físicas que no explican la sintomatología. La hipocondriasis es un trastorno crónico, donde hay una creencia, no delirante, de tener una enfermedad grave, basada en la interpretación inadecuada de sensaciones.

1.8. Abuso de sustancias

La dependencia de sustancias se caracteriza por un compromiso del individuo en sus áreas cognitiva, comportamental y fisiológica. Existe un patrón de autoadministración repetida que usualmente resulta en tolerancia, retiramiento y comportamiento compulsivo de consecución de la droga.

La revisión del tema brinda al lector una breve revisión sobre las diversas urgencias relacionadas con el abuso de sustancias.

La demencia es una causa mayor de incapacidad y muerte en los países desarrollados. En la medida del mejoramiento de condiciones de vida en los países en vías de desarrollo, se obtiene un incremento en los promedios de vida de la población, y, la presencia de síndromes demenciales se incrementa.

El diagnóstico temprano de demencia es importante para detectar las demencias reversibles o cuyo proceso de deterioro puede ser frenado o disminuido en la rapidez como se presenta. Ese mismo diagnóstico temprano permite al clínico proveer una guía para el manejo tanto del paciente como de la familia.

1.9. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes

Considerando de una parte, que la población se ha hecho más sensible al reconocimiento de los problemas psicoemocionales de los niños y adolescentes, y de otra parte, que existen cada vez más claros criterios de juicio clínico, se hace indispensable que el médico general esté preparado adecuadamente para atender de manera oportuna y eficaz las urgencias psiquiátricas de esta franja poblacional, en especial el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), síndrome clínico caracterizado por desatención, impulsividad e hiperactividad en niños.

1.10. Psicofarmacotxicología

La farmacoterapia de los trastornos mentales es una de las áreas de la medicina que más rápidamente evoluciona, es obligación del profesional que prescribe tales fármacos, mantenerse actualizado y conocer muy bien los efectos adversos comunes y los producidos por sobredosis.

Los fármacos deben utilizarse en dosis efectivas durante períodos suficientes de tiempo y debe establecerse tan pronto como sea posible el tratamiento adecuado para los efectos adversos que se presenten.

Una situación extrema es, que el paciente intente suicidarse mediante una sobredosis. Otra consideración a tener en cuenta, es la sobredosis accidental especialmente en niños.

En el capítulo de la farmacotxicología de las drogas psiquiátricas, se describen los trastornos motores inducidos por neurolépticos, como los efectos adversos más frecuentes y causa de consulta permanente en los centros de urgencias. Luego aparecen los efectos antimuscarínicos que aunque menos dramáticos no dejan de ser molestos para el paciente. Por último, se describen los síntomas principales y el manejo básico de las sobredosis de los fármacos más usados en psiquiatría.

2. INTENTO SUICIDA

2.1. Definiciones

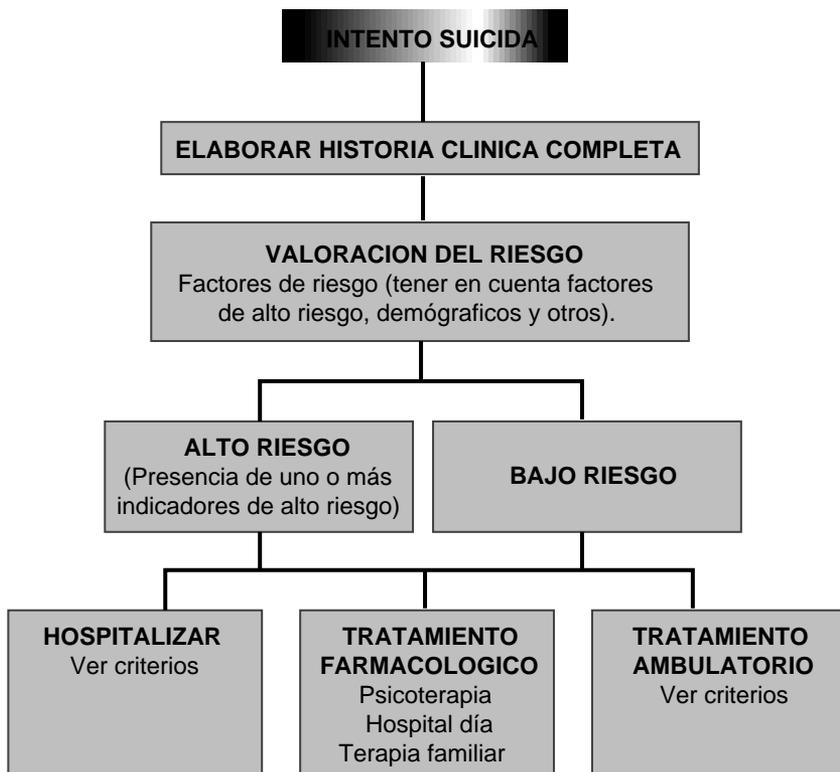
1. Intento suicida: Todo evento en el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal.

2. Idea suicida: Es la consideración, por parte del paciente, de un acto suicida en un individuo que atraviesa una crisis.

3. Gesto suicida: Daño autoinflingido, sin el propósito de morir, que busca generar cambios en el ambiente

El intento suicida es una entidad que se presenta con frecuencia en los servicios de urgencias^{3,7}. Se requiere una buena evaluación del riesgo y una intervención adecuada para evitar la repetición del intento y para ofrecer al paciente la terapéutica más eficaz. Conocer los factores de riesgo es muy útil para el manejo apropiado⁸.

FLUJOGRAMA PARA MANEJO DEL INTENTO SUICIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS



Flujograma 1.

Ningún factor o combinación de factores de riesgo tienen una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar pacientes que posteriormente van a intentar un acto suicida.

Es importante la capacidad del médico para explorar las ideas y las emociones del paciente.

2.2. Factores de riesgo

2.2.1. Indicadores de alto riesgo ^{4,5,6}

1. Estados desesperados (angustia severa, trastorno de pánico, paciente que expresa: "no puedo más").
2. Alto grado de desesperanza, tristeza, soledad o diagnóstico clínico de depresión mayor.
3. Comunicación del intento a otras personas.

4. Modificación de una condición clínica (empeoramiento).
5. Disolución de relación amorosa o pérdida significativa reciente.
6. Intoxicación con alcohol o drogas
7. Iniciación o interrupción de medicación psicotrópica
8. Mejoría repentina de un estado de ánimo deprimido
9. Cuadros psicóticos en especial cuando se acompañan de alucinaciones de comando.
10. Intentos previos (a mayor severidad mayor riesgo).
11. Familias caóticas.

2.2.2. Indicadores demográficos ^{4,5,6}

1. EDAD: Adolescentes y adultos jóvenes. Aumento de incidencia en niños y adolescentes.
2. SEXO: Más frecuente en mujeres en una proporción de 3:1.
3. ESTADO CIVIL: Más frecuente en viudos, separados y personas solas.
4. OCUPACION: Desempleados y empleados no calificados, tienen mayor riesgo.

2.2.3. Otros indicadores ⁴

1. Historia familiar de suicidio.
2. Homosexualidad asociada a problemática VIH/SIDA.
3. Familias inestables.
4. Abuso o precocidad sexual.
5. Pérdidas escolares.
6. Reto o desafío.
7. "Epidemia de suicidios".
8. Enfermedades crónicas, dolorosas o pacientes terminales.

2.3. Tratamiento del intento suicida

(Recomendación grado C)

a. Tratamiento farmacológico

(Ver guía AGITACION/VIOLENCIA)

Si el paciente suicida está psicótico, se utilizará la guía de agitación/ violencia en idéntica forma. Si el paciente no está psicótico, utilizar sólo benzodiacepinas.

b. Métodos generales

Se deben evaluar, a fin de prevenir intentos suicidas, los siguientes pacientes²:

1. Sobrevivientes de intentos previos.
2. Quienes verbalicen ideas o pensamientos suicidas.
3. Quienes presenten comportamientos indicativos de intentos suicidas.
4. Quienes transmiten desesperación o desamparo
5. Aquellos con antecedentes de injurias o accidentes frecuentes.
6. Intoxicados.
7. Quienes repentinamente muestren mejoría en su estado de ánimo.

RECUERDE: TODOS LOS INTENTOS O AMENAZAS DE SUICIDIO DEBEN SER TOMADOS SERIAMENTE.

c. Técnicas de entrevista

1. Garantizar intimidad.
2. No se debe tener miedo de interrogar a los pacientes sobre pensamientos o conductas suicidas.
3. Ofrecer ayuda de manera empática y no crítica.
4. Incluir a la familia o amigos significativos en suministrar información.
- d. Tratamiento posterior al intento ⁶
 1. Garantizar seguridad física.
 2. Atención de complicaciones médicas.
 3. Valorar severidad y probabilidad de repetición.
 4. Investigar situación vital.
 5. Realización de historia clínica completa.
 6. Descartar psicosis.
 7. Decidir manejo definitivo
- e. Criterios para tratamiento ambulatorio^{4,5}
 1. Ausencia de síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).
 2. Bajo nivel de ansiedad o perturbación anímica.
 3. Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente.
 4. Deseo expreso del paciente de iniciar tratamiento ambulatorio.
 5. Ausencia de un plan suicida por parte del paciente.
- f. Criterios de hospitalización en unidades mentales o en hospitales psiquiátricos
 1. Riesgo suicida persistente
 2. Ancianos debilitados y pacientes con enfermedades crónicas
 3. Pacientes con diagnóstico de depresión mayor
 4. Pacientes psicóticos que han hecho un intento
 5. Adolescentes y niños
 6. Pobre apoyo social y familiar

3. SINDROME DEPRESIVO

3.1. Definición

El "síndrome depresivo", es uno de los problemas de más común ocurrencia en la consulta del médico general; sin embargo, es consulta de urgencias sólo cuando la severidad de la depresión es muy grande, o cuando hay depresión agitada, o cuando está asociada a ideas suicidas o cuando se presenta en la etapa involutiva de la vida.

3.2. Principales entidades clínicas

3.2.1. Trastorno depresivo mayor

3.2.1.1. Síntomas clínicos

Este trastorno del estado de ánimo está caracterizado generalmente por tristeza sensación subjetiva de gran malestar, pérdida de la energía y del interés sentimientos de culpa, desesperanza, dificultad para concentrarse en las labores cotidianas, olvidos frecuentes, alteraciones de las funciones

vegetativas (sueño apetito, actividad sexual), pensamientos de muerte o de suicidio (ver suicidio). Afecta el funcionamiento social, laboral e interpersonal².

A veces los síntomas depresivos van acompañados de delirios o alucinaciones congruentes con el estado de ánimo (culpa, pecado, inutilidad, fracaso pobreza, etc.). En este caso hablamos de "depresión psicótica"¹.

3.2.1.2. Depresión en la vejez

Es más común que en la población general. En la consulta médica general se presenta con muchas quejas somáticas³. Está relacionado con bajo nivel socioeconómico, pérdida del cónyuge, patología médica concurrente y aislamiento social. Esta entidad regularmente es subdiagnosticada y subtratada.

En este grupo de edad es común que la depresión se presente como una depresión agitada en la que predominan síntomas como aprehensión, agitación motora, ideas de vergüenza y culpa intensas. También es posible encontrar pacientes con apariencia triste, desesperanzados, aislados, apáticos y con ideas suicidas⁴. El riesgo suicida por depresión, en este grupo, es alto.

3.2.2. Trastorno distímico

Es una depresión leve crónica que se mantiene durante la mayor parte del día.

3.2.3. Trastornos adaptativos

Aparecen como respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, al cabo de los tres meses siguientes. Producen una perturbación significativa en el funcionamiento social, laboral o académico. Pueden ser desencadenados por un duelo, un divorcio, una catástrofe económica, la pérdida de empleo, una enfermedad crónica o una relación familiar problemática⁴.

3.3. Exámen del estado mental

3.3.1. Descripción general

El retardo psicomotor generalizado es el síntoma más común, aunque en ancianos puede haber estados de agitación. La postura encorvada y la mirada son las de una persona abatida. El lenguaje se caracteriza por discurso lento, de tono bajo, a veces monosilábico. Los pacientes depresivos tienen una visión negativa del mundo y de sí mismos.

3.3.2. Diagnóstico diferencial

Hay una gran variedad de entidades neurológicas, endocrinas, infecciosas y farmacológicas, las cuales es necesario investigar utilizando para ello una historia clínica adecuada.

3.4. Pronóstico

El primer episodio depresivo aparece antes de los 40 años en el 50% de los casos. Un episodio depresivo sin tratamiento puede durar de seis a 13 meses. No debe retirarse el tratamiento antes de 3 meses, pues casi siempre hay reaparición de síntomas.

3.5. Tratamiento

3.5.1. Psicoterapia

La aproximación terapéutica inicial es de vital importancia en el paciente con depresión, para darle continuidad al tratamiento.

No criticar al paciente ni inducirlo a “poner de su parte”, como si la depresión fuera un evento voluntario o propio de su debilidad.

La psicoterapia es el tratamiento de elección en los trastornos adaptativos permite explorar el significado que el factor de estrés tiene para el paciente. Hay que estar atento a posibles ganancias secundarias.

3.5.2. Farmacoterapia

(Recomendación grado B)

Tener en cuenta que algunos pacientes no responden al primer tratamiento. Todos los antidepresivos tardan de tres a cuatro semanas en producir mejoría significativa⁵. Hasta hace poco todos los antidepresivos eran tóxicos en sobredosis y producían además efectos secundarios severos; con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), se han obtenido sustancias más seguras, con menos efectos adversos e igualmente efectivas⁶.

La farmacoterapia combinada con psicoterapia es el tratamiento más efectivo⁷.

3.5.3. Hospitalización

Se debe evaluar el riesgo de suicidio u homicidio; incapacidad del paciente de realizar cuidados mínimos (alimentación, aseo, etc.); necesidad de hacer pruebas diagnósticas; síntomas que progresen rápidamente; poco apoyo familiar.

3.5.4. Fármacos

(Recomendación grado B)

La principal indicación de los antidepresivos es el trastorno depresivo mayor.

3.5.4.1. Elección

Buena respuesta previa a un fármaco en particular. Si no hay esta información, o es un primer episodio, la elección debe basarse fundamentalmente en las contraindicaciones y en la experiencia clínica del médico⁸.

Generalmente se recomienda empezar con u I.S.R.S. porque son más seguros y tienen pocos efectos colaterales⁹, aunque son más costosos.

3.5.4.2. Dosis

a). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Floxedina: La mayoría responde a 20 mg/día, en ocasiones puede ser necesario dosificar hasta 40-60 mg diarios.

Su efecto colateral más frecuente es la ansiedad que puede ser muy severa. Esta mejora al disminuir la dosis o adicionar una benzodiacepina como clonazepan 0.5 - 1 mg diario.

Sertralina 50 - 150 mg Actúa más rápido que la fluoxetina.

b) Tricíclicos y tetracíclicos

Imipramina, amitriptilina, maprotilina, trimipramina.

La dosis recomendada de los fármacos anteriores es de 75 - 150 mg empezando con 25 mg/día y aumentando cada tercer día, según respuesta. Su principal indicación es la depresión agitada.

c) Atípicos

Trazadone 50 - 40 mg Su efectividad está cuestionada y últimamente su uso, en dosis bajas, está limitado para inducir sueño. En la depresión psicótica es necesario el uso de un antidepresivo más un antipsicótico. Como antipsicótico se prefiere la risperidona o la olanzapina.

Los primeros síntomas que mejoran, se relacionan con los trastornos de la alimentación y el sueño (esto es menos cierto con los ISRS); la agitación, la ansiedad y la desesperanza son los siguientes síntomas que experimentan mejoría ⁸.

El tratamiento profiláctico es efectivo para prevenir el número y la gravedad de las recurrencias. Los pacientes con deterioro psicosocial e ideación suicida, probablemente también se beneficien de la profilaxis.

Fracasos en tratamiento: Si el primer antidepresivo, usado a dosis adecuada y durante el tiempo necesario, no logra éxito, se debe entonces cambiar a otro agente primario⁹. La terapia combinada la define el especialista de acuerdo a su experiencia y a cada caso en particular.

3.5.4.3. Efectos adversos principales

Los tricíclicos y tetracíclicos son los más tóxicos. Los efectos adversos más frecuentes son los anticolinérgicos de tipo muscarínico (boca seca, retención urinaria, disminución de la agudeza visual, etc.). Los cíclicos producen más toxicidad cardíaca. La hipotensión es un efecto adverso potencial sobre todo en ancianos ¹⁰. (maprotilina - amitriptilina). Los ISRS y trazadone son los más seguros.

Casi todos producen un descenso en la libido, por ésta razón pueden ser útiles en la eyaculación precoz; también pueden causar disfunción eréctil o anorgasmia, principalmente los serotoninérgicos. (ver farmacotoxicología).

3.5.5. Consideraciones finales

Error frecuente: Dosis bajas durante períodos cortos. El tratamiento antidepresivo debe durar por lo menos 6 meses. La educación adecuada al paciente respecto al uso de los antidepresivos es fundamental para garantizar el éxito terapéutico ⁷. La terapia electroconvulsiva se debe usar cuando no hay respuesta a la farmacoterapia, el paciente no tolera o su

cuadro depresivo es tan grave que se hace necesario inducir una mejoría más rápida ⁵.

4. CRISIS O ATAQUES DE ANGUSTIA (ANSIEDAD)

4.1. Definición

Una crisis o ataque de angustia o ansiedad es un cuadro severo, de comienzo brusco y espontáneo, de breve duración y de carácter episódico, en el cual los síntomas básicos son una aprehensión y un temor intolerable, no relacionados con un evento identificable.

Las manifestaciones físicas son variadas y pueden afectar varios órganos y sistemas. Estas manifestaciones están asociadas con sentimientos de terror o miedo intenso, lo cual es interpretado por el paciente como un temor a morir o a perder la razón.

4.2. Síntomas de los ataques de angustia ³

- Palpitaciones
- Dificultad respiratoria
- Mareos
- Ahogos
- Escalofríos
- Debilidad
- Cefálea
- Dolor torácico
- Desmayo
- Temblor
- Sudoración
- Miedo a morir.

4.2.1. Otros síntomas presentados con menor frecuencia

- Despersonalización
- Desrealización
- Parestesias
- Náuseas y trastornos gastrointestinales
- Hiperventilación

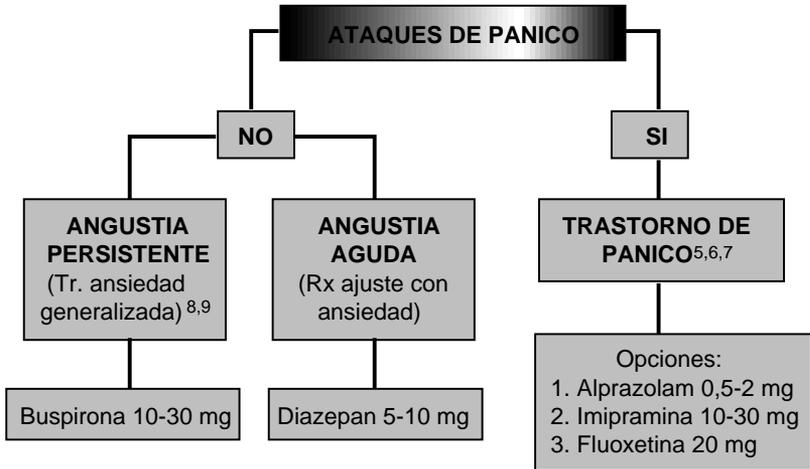
4.3. Trastornos de ansiedad asociados a crisis de pánico

4.3.1. Trastorno de pánico²

Este frecuente trastorno¹, se caracteriza por la aparición súbita y brusca de ataques o crisis de angustia, en ausencia de factores desencadenantes.

FLUJOGRAMA PARA ALGUNOS TRASTORNOS QUE CURSAN CON ANGUSTIA

SINTOMAS DE ANGUSTIA



Flujograma 2.

Se requiere para su diagnóstico la presencia de tres crisis de angustia durante un período de tres semanas, que no estén asociadas a situaciones de amenaza para la vida, agotamiento físico o estímulos fóbicos.

Durante el episodio el paciente debe experimentar por lo menos cuatro de los síntomas descritos en los SINTOMAS DE LOS ATAQUES DE ANGUSTIA y aumentar de intensidad en el curso de los 10 minutos posteriores al comienzo del primer síntoma.

4.3.2. Trastorno de angustia generalizada

Este trastorno se caracteriza por una ansiedad flotante y persistente, pero en algunas ocasiones se pueden presentar con crisis de angustia.

Para confirmar este diagnóstico es necesario que durante un mes o más se hayan presentado síntomas de tensión motora, hiperactividad autonómica (palpitaciones, sudoración), aprehensión (preocupaciones), vigilancia y conductas permanentes de escrutinio⁸.

4.3.3. Trastorno por estrés postraumático

Este padecimiento se presenta en individuos que han experimentado un suceso extraordinario y psicológicamente traumático (asaltos, violaciones, actos terroristas, secuestros, catástrofes naturales o accidentes) y se manifiesta con un complejo sintomático que incluye la re-

experimentación del suceso traumático, acompañada de una amplia gama de síntomas de ansiedad, alteraciones de sueño, sentimientos de culpa, problemas de concentración, depresión, irritabilidad, conductas explosivas y evitación fóbica de ciertas situaciones.

4.3.4. Agorafobia

Consiste en el temor a estar sólo o hallarse sólo en lugares públicos de los cuales sería difícil escapar en caso de una incapacidad súbita. Las situaciones más comúnmente evitadas son las multitudes, puentes, túneles, ascensores y transportes públicos. El trastorno se produce casi siempre en asociación con crisis de angustia, caso en que se denomina "agorafobia con crisis de angustia".

4.3.5. Fobias sociales

Es un trastorno crónico, caracterizado por la evitación persistente de situaciones sociales generales, o cuando se lleva a cabo una actividad específica (hablar en público, utilizar baños públicos, comer o escribir en presencia de otras personas). Están asociadas a una intensa ansiedad anticipatoria y pueden presentarse asociadas también a otros trastornos de angustia.

4.3.6. Reacción de ajuste con angustia

Es un cuadro que se presenta como una respuesta a la experiencia o anticipación de situaciones de estrés y que generalmente remite cuando se suprime el evento precipitante. Los síntomas pueden ser leves o difusos, o se pueden constituir en verdaderas crisis de angustia.

4.3.7. Trastornos orgánicos que pueden simular ataques de angustia ⁴

- Hipertiroidismo
- Hipoparatiroidismo
- Hipoglicemia
- Feocromocitoma
- Porfiria aguda
- Epilepsia lóbulo temporal
- Abstinencia de alcohol, opiáceos y barbitúricos
- Angina de pecho
- Accidentes cerebro-vasculares
- Embolia pulmonar
- Intoxicaciones por psicotrópicos.

4.4. Evaluación en el momento de la urgencia

1. Establecer si los síntomas del paciente corresponden a una crisis de angustia, si son manifestaciones de una ansiedad anticipatoria, ansiedad flotante, o son temores fóbicos u obsesiones.
2. Descartar causas médicas mediante la historia clínica y examen físico.

3. Realizar exámenes de laboratorio si la condición clínica lo amerita.
4. Establecer diagnóstico psiquiátrico con base en los síntomas presentados y en el diagnóstico diferencial, puesto que puede corresponder a un trastorno por angustia u otro trastorno psiquiátrico con angustia secundaria.

4.5. Tratamiento de urgencia para la crisis de angustia

(Recomendación grado A)

4.5.1. Objetivo

Disminuir rápidamente los niveles de angustia

1. Intentar medidas de apoyo y conductuales (relajación, meditación, incrementar la confianza del paciente en sí mismo), antes de dar medicación ansiolítica
2. Si no son suficientes:
 - a. Informar al paciente sobre su condición clínica.
 - b. Colocar bolsa de papel sobre nariz y boca del paciente para que respire lentamente y disminuya la hiperventilación.
 - c. Utilizar técnicas de relajación: tiene por finalidad ayudar al paciente a aprender la sensación de profunda relajación y a tomar conciencia de sus sensaciones a medida que tensan y relajan diversos grupos musculares en forma secuencial.
 - d. Medicación ansiolítica (ver opciones).
 - e. Instaurar tratamiento definitivo para el trastorno básico

4.5.2. Tratamiento farmacológico

(Recomendación grado A)

1. Administrar una benzodiacepina (cualquiera de ellas), así:
ALPRAZOLAN Tabletas 0.5 mg V.O.
LORAZEPAN Tabletas 2 mg VO.O o sublingual.
DIAZEPAM Tabletas 10 mg V.O.
2. Si el cuadro presenta agitación severa, manejarse de acuerdo a GUIA DE AGITACION.

5. PACIENTE AGITADO VIOLENTO

5.1. Definición

Un paciente agitado - violento se presenta en forma amenazante o con una historia de haber cometido un acto violento o agresivo. La agitación y la agresión son el resultado de un trastorno médico, neurológico o mental. En todos los casos debe descartarse la intoxicación o el retiramiento del alcohol u otras drogas.

5.2. Consideraciones generales

El personal de salud debe considerar tres aspectos frente a un paciente potencialmente violento o peligroso:

- La seguridad en el proceso de la evaluación
- La evaluación de la etiología
- El tratamiento del problema de base

5.2.1. La seguridad

La seguridad es un aspecto vital; de otra manera el paciente puede hacerse daño o herir a otras personas.

- I. El primer paso es determinar si el ambiente donde se va a realizar la entrevista ofrece todas las condiciones; ese ambiente debe garantizar tanto la seguridad del paciente como la del personal médico.
 - a. El lugar de la entrevista debe ser un consultorio abierto con una salida accesible al entrevistador.
 - b. El paciente no puede estar armado.
 - c. Personal médico debidamente entrenado, debe estar cerca para auxiliar al entrevistador en caso de que el paciente se descontrola.

II. Inicio de la interacción con el paciente

El entrevistador:

- a. No hace juicios.
- b. Se presenta con una actitud tranquila.
- c. Manifiesta al paciente su deseo de ayudarlo.
- d. Le asegura la confidencialidad de la interacción.
- e. Ofrece agua, café o un tranquilizante; eso puede ayudar a disminuir la tensión durante la entrevista.
- f. Transmite al paciente los límites requeridos acerca del comportamiento. Por ej. Sin amenazar, señala el tipo de comportamientos que no serán tolerados. Es importante recordar que la mayoría de los pacientes agitados-violentos temen perder el control de sus actos; si el entrevistador es capaz de poner límites a los actos agresivos del paciente, el se sentirá más en control y por lo tanto más tranquilo.

III. Restricción física - protocolo

Si el proceso de agitación aumenta, o el paciente no colabora; o el comportamiento se vuelve incontrolable, la restricción física se hace indispensable.

La restricción física es el acto mediante el cual un equipo clínico entrenado domina físicamente e inmoviliza a un paciente agitado. Cada institución debe contar con un equipo de restricción física entrenado, y una capacidad probada para llevar a cabo en forma segura este procedimiento.

- a. Se identifica y designa un líder del equipo, esta persona será la encargada de dirigir todo el proceso.
- b. El equipo consta, además de una persona que se asignará para sujetar cada extremidad del paciente; si el paciente es muy fuerte, se hará necesaria la presencia de un número mayor de personas.
- c. Todos los miembros del equipo estarán presentes en cada oportunidad que así lo requiera; y lo harán desde el inicio del proceso, hasta que el paciente esté bajo control.
- d. La sola presencia del equipo, puede calmar al paciente lo suficiente como para hacerlo colaborar.

- e. Una vez que se ha tomado la determinación de realizar este procedimiento se inicia una acción decidida, rápida y coordinada bajo la dirección del líder:
 1. Se le da al paciente una explicación clara sobre su comportamiento, se le explica que está fuera de control y por lo tanto requiere ser controlado para evitar que se haga daño o haga daño a otras personas.
 2. A partir de este momento, no hay más discusiones ni negociaciones con el paciente.
 3. El equipo rodea al paciente en tal forma que cada uno de los miembros asignados tengan acceso a la extremidad que se va a inmovilizar.
 4. El líder del grupo señala el momento de iniciar la acción y cada miembro del equipo comienza el proceso de restricción física sujetando y controlando la extremidad asignada.
 5. El paciente es colocado con la cara hacia el suelo de tal forma que no se haga daño, ni tenga la posibilidad de morder a nadie.
 6. Una vez asegurado, se usan sábanas o correas de inmovilización y se procede a trasladar al paciente a un lugar seguro (camilla o cama).
 7. Cada extremidad se asegura mecánicamente a la camilla. En algunas ocasiones, una sábana se puede utilizar alrededor del tórax del paciente para evitar movimientos que podrían causar lesiones.
 8. Si sólo dos extremidades se inmovilizan, siempre existe la posibilidad de herirse la extremidad libre; nunca se sujetan ambas piernas o ambas manos; o una mano o una pierna del mismo lado del cuerpo. Se deben sujetar siempre las cuatro extremidades.
 9. Una vez que el paciente está inmovilizado en su camilla, se hacen revisiones periódicas para asegurar una posición relativamente cómoda y funcional y una adecuada circulación sanguínea en las extremidades.

IV. Sedación rápida - protocolo

Adultos (Recomendación grado B)

Usar haloperidol 5 a 10 mg I.M.^(1,2,3,4,6) Presentación: ampollas 1cc.= 5mg con una sola de las benzodiazepinas (también I.M.).

La selección de una de las benzodiazepinas se realiza en el siguiente orden de preferencia de acuerdo a la disponibilidad:

1. Lorazepán 1 mg ^(2,3,5) presentación: ampollas 1cc = 1 mg
2. Midazolán 5 mg ^(1,6) presentación: ampollas 3cc = 15 mg
3. Diazepán 5-10 mg ⁽⁶⁾ presentación: ampollas 2cc = 10 mg

- a. El haloperidol puede ser utilizado en la misma jeringa que el lorazepán o el midazolán. Pero el diazepam y el haloperidol no se mezclan en la misma jeringa.
- b. Si una inyección no es suficiente para tranquilizar al paciente, una dosis adicional de haloperidol, puede ser suministrada 30 minutos más tarde. La mayoría de los pacientes agitados se tranquilizan con la primera dosis combinada: haloperidol más benzodiazepina.
- c. La segunda dosis de lorazepan no se debe considerar antes de las seis horas de la primera dosis. La segunda dosis del midazolán o el diazepán no se recomienda antes de las cuatro horas de la primera dosis.

d. Si las dos primeras dosis aplicadas no son suficientes, la medicación adicional debe ser manejada bajo la dirección de un psiquiatra; por lo tanto el paciente debe referirse a una institución especializada.

Niños (Recomendación grado C)

La tranquilización de niños agitados se logra de forma segura con clorpromazina 25 a 50 mg I.M. (1 mg/kg peso en 24 horas); alternativamente usar difenilhidramina 50 mg ampollas, aplicar 25 mg I.M. Reevaluar a las 12 horas.

Nota :El uso de la sedación intravenosa de todos los fármacos mencionados, ofrece la opción ideal pues produce menos efectos secundarios, una mejor posibilidad de controlar la dosis de acuerdo con el progreso clínico del paciente y una efectividad mayor; pero por requerir la colaboración del paciente no se recomienda en paciente agitados-violentos.

5.2.2. La evaluación

En la evaluación del paciente agitado, se incluye la búsqueda de los siguientes aspectos:

1. Causas orgánicas
 - a. Neurológicas
 - b. Médicas
2. La intoxicación por drogas o alcohol.
3. Los estados de retiramiento del alcohol u otras drogas.
4. La patología psiquiátrica aguda.
 - a. Esquizofrenia.
 - b. Manía.
 - c. Trastornos de ansiedad.
 - d. Reacciones de adaptación.
 - e. Trastornos de personalidad.

5.2.3. El tratamiento

1. Corregir las anomalías metabólicas.
2. Tratar las causas orgánicas específicas ya sea como paciente hospitalizado o en la consulta externa.
3. Reevaluar el estado físico y mental del paciente una vez que ha desaparecido el proceso de intoxicación.
4. Iniciar el tratamiento específico para el trastorno mental subyacente.

6. PSICOSIS AGUDA

6.1. Introducción y objetivos

La psicosis es un trastorno que implica desconexión con la realidad. Presenta sintomatología grave, como delirios, alucinaciones, alteración del afecto y el comportamiento; sus causas son orgánicas, tóxicas o "funcionales", como se denomina al grupo de las psicosis para las cuales no se ha demostrado un agente causal orgánico definitivo y que en su génesis hay elementos psicológicos, emocionales y sociales importantes.

Este capítulo hace alusión a este último grupo, puesto que las dos primeras causas son abordadas en otras secciones; y más específicamente al cuadro agudo de esas psicosis, que es la urgencia psiquiátrica más frecuente en las instituciones especializadas^(1,2).

La intención de estas guías es determinar los elementos diagnósticos como el enfoque terapéutico.

6.2. Definición e información marco

“Psicosis aguda” no es un diagnóstico que corresponda a una entidad nosológica independiente; es un estadio de cualquier tipo de psicosis, una crisis, y corresponde a la instalación rápida y dramática de los síntomas^(1,3), que generalmente consisten en:

- AGITACION (ver capítulo correspondiente)
- DELIRIOS
- ALUCINACIONES
- ALTERACION DEL CICLO BIOLOGICO (vigilia-sueño, apetito)
- DESEQUILIBRIO AFECTIVO
- COMPORTAMIENTOS QUE NO MIDEN CONSECUENCIAS

Las entidades diagnósticas en las cuales aparecen estos síntomas son:

- **ESQUIZOFRENIA**

Un cuadro crónico donde hay:

- Notoria alteración del pensamiento, con un lenguaje incoherente e ilógico y la presencia de ideas extravagantes (delirios referenciales: de “ser controlado”, “le leen el pensamiento” e “inserción” y “robo” del pensamiento; delirios de grandeza, persecución o somáticos).
- Alucinaciones, generalmente auditivas, voces que describen las actividades del paciente o voces en diálogo.
- Afecto embotado, plano o inadecuado.
- Gran deterioro del funcionamiento social, laboral y del autocuidado.^(1,3,4,5,6,7)

- **TRASTORNOS AFECTIVOS**

MANIA

- Se caracteriza por:
- Estado de ánimo eufórico, exaltado y expansivo, con tendencia a la irritación.
- Lenguaje locuaz, circunstancial y con fuga de ideas.
- Delirios de grandeza.
- Hiperactividad, insomnio y disminución de la necesidad de comer.
- En este estado la agitación y la alteración de la vida regular del paciente y las personas cercanas, son frecuentes^(1,3,6,14)

DEPRESION

- En su forma psicótica aguda. Puede tener una sintomatología intensa:
- Delirios, alucinaciones, catatonia.
- Ideación, intento suicida. (ver capítulo correspondiente).

- **TRASTORNOS PARANOIDES**

Las actuales clasificaciones, los denominan TRASTORNOS DELIRANTES, puesto que su síntoma cardinal, si no el único, es un delirio

sistematizado, al cual corresponde significativamente el comportamiento y las respuestas afectivas. La personalidad no se afecta o lo hace en forma mínima; el paciente suele ser suspicaz, aislado, hipersensible e hipervigilante.⁽⁵⁾

- **PSICOSIS REACTIVA BREVE**

Es un cuadro súbito, precipitado por un estrés psicosocial importante, de un mes de duración, con un retorno adecuado al comportamiento premórbido; la sintomatología es dramática y se presenta en un contexto histriónico. Consta generalmente de delirios, alucinaciones, conducta desorganizada o catatonia, afecto intenso o perplejidad y parecer ser un intento del paciente por resolver el hecho tensionante.

En los antecedentes de quienes presentan esta entidad, con regularidad se encuentran personalidades inestables y defensas psicológicas débiles.
(1,3,5)

- **CATATONIA**

- Es un síndrome que puede estar presente en diferentes cuadros, constituyéndose en una de las urgencias psiquiátricas de mayor consideración.
- Compromete fundamentalmente el sistema psicomotor, presentando inmovilidad (estupor) o excitación (agitación psicomotora); se acompaña, además, de posturas extrañas, catalepsia, rigidez, mutismo, negativismo.⁽¹⁾
- Es un cuadro que, con facilidad, conduce a desajustes fisiológicos.

6.3. Guía para la intervención

Para el abordaje inicial es útil tener en consideración las siguientes recomendaciones:

1. El descarte de una etiología orgánica.
2. La búsqueda de un padecimiento físico que acompañe al cuadro psicótico; una enfermedad puede "disparar" una crisis.
3. Medidas generales para los síntomas que más problema presenten en el momento de la atención, para la seguridad del paciente o de las demás personas.
4. Intentar hacer un diagnóstico; para lo cual es necesario:
 - la realización de un examen mental, de acuerdo a los parámetros descritos en la sección correspondiente (si es posible realizarlo).
 - Establecer la existencia previa de una enfermedad mental.
 - Episodios similares anteriores.
 - Medicación recibida.
 - Aparición, intensidad y característica de los síntomas.

6.4. Guía de tratamiento de la psicosis aguda

Para los tipos de psicosis que venimos discutiendo, el tratamiento inicial es similar; las variaciones surgen con las medidas posteriores. El objetivo es lograr una compensación del estado mental agudo (extinguir

sintomatología: agitación, desorganización de pensamiento, alteraciones dramáticas de la senso-percepción y el comportamiento motor), para instaurar una terapéutica de mantenimiento, ya que la crisis se presenta como un estado de una enfermedad crónica.

6.4.1. Ambiente general

Debe brindarse seguridad al paciente, un medioambiente con estímulos mínimos, observación continua. Por su parte, el médico debe mostrar confianza y comprensión.

6.4.2. Tratamiento farmacológico

(Recomendación grado B)

Para el manejo de la agitación, remitirse al capítulo correspondiente; sin esta condición, por tradición se sugiere el uso del neuroleptico que tradicionalmente ha sido eficaz con el paciente; si hay facilidad del uso de la vía oral, se la prefiere, si nó, en dosis equivalentes se opta por la parenteral.

En la actualidad se mantienen como antipsicóticos de primer línea los tradicionales, con un rango de dosis para el haloperidol entre 5-10 mg/día y de 300 a 1.000 mg/día para clorpromazina^(3,4,8,9). Los estudios de comparación entre dosis de neurolepticos, no muestran ventajas para las dosis altas^(3,8,9,10,11).

Si la respuesta a estos medicamentos es inadecuada, o presenta efectos adversos de difícil manejo, se recomienda el uso de los antipsicóticos de última generación, como la Risperidona a dosis de 4 a 6 mg/día; la clozapina sería una tercera opción a dosis de 100 a 400 mg/día.⁽⁴⁾

En algunas oportunidades, cuando la agitación no está presente, puede ser necesario sedar al paciente. Por ejemplo, en presencia de sintomatología intensa y desorganizada, insomnio prolongado, catatonía. En estos casos se recomienda lorazepam (2-4mg/día oral o 1-2mg/día endovenoso o intramuscular); las alternativas midazolam 5 mg IM c/hora por 1 a 4 veces; diazepam a dosis de 5 mg IM o clonazepam oral.^(3,4,8,9)

Para evitar los efectos extrapiramidales puede emplearse el biperideno 4 mg/día.

En los pacientes con sintomatología depresiva puede ser útil adicionar medicación específica, en la forma como se reseña en el capítulo correspondiente.

El nivel de evidencia, para estas intervenciones emerge de estudios y experiencias de largos años, llevados a cabo por grupos diferentes de investigación; por lo tanto la recomendación tiene una evidencia razonable.

7. DELIRIUM

7.1. Introducción y objetivos de la guía

El delirium es un cuadro de presentación frecuente; a pesar de los pocos estudios, hay reportes de su presencia hasta en un 15% en pacientes médico-quirúrgicos ambulatorios y de hasta 30% en unidades de cuidados

intensivos⁽¹⁾; es significativamente mayor su presentación en pacientes mayores de 60 años⁽²⁾.

Dada su importancia clínica, la guía pretende presentar los elementos diagnósticos del cuadro y establecer las pautas de manejo en el servicio de urgencias.

7.2. Definición e información marco

El “delirium” es un síndrome cerebral orgánico agudo caracterizado por una significativa alteración de la cognición, la atención y el comportamiento psicomotor.^(3,4,5)

El cuadro suele ser de carácter transitorio y en su inicio existen manifestaciones prodrómicas como inquietud, ansiedad, irritabilidad y alteraciones del sueño. los síntomas más relevantes^(5,6,7,8,9), incluyen alteraciones en:

Conciencia: Que va de cambios discretos hasta el coma; en la mayoría de los casos hay una disminución de la excitación y del estado de alerta, pero también se presenta hiperexcitación e hiperalerta.

Atención: Hay una manifiesta incapacidad para prestar atención, mantenerla o discriminar estímulos.

Memoria: Presencia de amnesias, especialmente para la memoria reciente e inmediata; pueden presentarse falso reconocimiento y confabulaciones.

Orientación: En lugar, persona y tiempo.

Pensamiento: La expresión verbal es incoherente y fragmentada; existen ideas referenciales y delirios, con predominio de los de persecución, mal elaborados, sin estructuración ni consistencia; se presentan interpretaciones inadecuadas de los estímulos ambientales.

Actividad psicomotora: Generalmente hay una disminución de la actividad, con conductas estereotipadas, perseverantes, automáticas o sin propósito; puede existir la presentación contraria de hiperactividad, con conductas agitadas, agresivas o de huida.

Entre los compromisos motores se deben anotar las disfasias, apraxias y disgrafía.

Sensopercepción: Se presentan ilusiones y alucinaciones. El área visual es la más frecuentemente comprometida, desde percepciones simples (luces, figuras geométricas, colores) hasta otras de mayor complejidad, que pueden ser escenas completas. Es característica la deformación de estas percepciones en forma, tamaño (micropsias, macropsias) o posición.

Otro tipo de alucinaciones presentes son las auditivas, táctiles, cinestésicas y cenestésicas.

Suelen ser frecuentes la despersonalización y la desrealización.

Afecto: Suele ser lábil y fluctuante, con predominio de apatía e indiferencia; son frecuentes la ansiedad y el miedo.

Otras alteraciones: Se presenta somnolencia o insomnio, sintomatología autonómica, como taquicardia, fiebre, hipertensión, midriasis, sudoración, compromiso neurológico, como ataxia, disartria o mioclonias.

7.3. Factores predisponentes

Aunque eventualmente todas las personas estamos en riesgo de presentar un cuadro de delirium, existen condiciones, que de acuerdo a los registros epidemiológicos, se constituyen en factores predisponentes para esta patología:

- Pacientes ancianos
- Pacientes post-cardiotomía
- Pacientes quemados
- Pacientes con daño cerebral previo
- Pacientes consumidores de drogas
- Pacientes con SIDA ⁽⁴⁾

7.4. Causas de "delirium"

- TRAUMA DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
- TOXICAS: Alcohol, alucinógenos, inhalantes, sedantes, fármacos de uso médico (anestésicos, analgésicos, anticonvulsivos, antihipertensivos), tóxicos industriales y ambientales).
- VASCULARES: Hipertensión, embolismo cerebral, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, vasculitis, falla cardíaca.
- INFECCIONES: Meningitis, encefalitis, abscesos, septicemia, neumonía, sífilis, malaria.
- NEUROLOGICAS: Epilepsia
- METABOLICAS: Encefalopatía hepática, uremia, alteraciones hidroelectrolíticas, alteración de la glicemia, hipoxia, porfiria, deficiencia de vitaminas (tiamina, ácido nicotínico, B12, ácido fólico), desnutrición.
- ENDOCRINOLOGICAS: Hipo o hiperfunción de hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales.
- PROCESOS TUMORALES ^(3,5,6,8,10,11)

7.5. Diagnóstico

Obviamente, precisa de una buena historia clínica, particularmente el exámen mental y el exámen físico dirigidos a explorar elementos que sugieran alguna etiología. En el primer capítulo de estas guías se brindan sugerencias sobre esos aspectos.

7.6. Exámenes de laboratorio

Deben incluir determinación inmediata de glicemia, hemograma completo, electrolitos, pruebas de función renal, enzimas hepáticas, gases sanguíneos, la determinación por pruebas séricas o de orina de la presencia de tóxicos o medicamentos, serología.

7.6.1. Otros exámenes

El EEG es un examen que provee pistas diagnósticas para algunas causas de delirium y puede ser de utilidad para establecer diagnósticos diferenciales. Es un examen vital para establecer el funcionamiento cardíaco, siendo de utilidad para el diagnóstico etiológico y el monitoreo

La punción lumbar es útil, en especial si hay sospecha de procesos cerebrales infecciosos.

Imagenología: De acuerdo a la necesidad de descartar de alguna etiología, resultan de utilidad las radiografías de cráneo, la escanografía, la resonancia magnética, la PET de cerebro y la radiografía de torax.

7.7. Tratamiento

(Recomendación grado C)

Existen dos grupos de pacientes para el abordaje terapéutico: aquellos en los cuales la causa del delirium se conoce, y en los que ésta se ignora.

En el primero, el tratamiento debe dirigirse a la causa que origina el delirium; entre los tratamientos específicos son de importancia la administración de glucosa, de tiamina, de electrolitos, de acuerdo a los protocolos previstos para esos casos. ^(8,11,12)

En cuadro tóxicos se debe recurrir a las medidas generales y al uso de antidotos específicos (Ej.: la naloxona, para los opiáceos). ⁽⁵⁾

En el caso de ignorarse la etiología, se deben tomar medidas generales. Se recomienda hospitalizar al paciente para una observación continua por parte de personal capacitado y el monitoreo de signos vitales.

Se debe mantener un ambiente ventilado, con buen manejo de luz y sonidos, con pocos estímulos externos, y donde el paciente pueda orientarse en el tiempo. ⁽¹¹⁾

Se le debe tranquilizar, al igual que a la familia, e involucrar a ésta en el apoyo psicosocial al enfermo.

Una vez evaluado en su estado mental, no debe insistirse en los déficits del paciente, al dialogar con él, para evitar ansiedad y agitación.

La medicación psiquiátrica recomendada, incluye:

- Haloperidol, como neuroléptico de elección. Si el compromiso es leve se puede usar la vía oral: 2 a 10 mg cada 12 horas, de acuerdo a la necesidad.

Si hay agitación o dificultad con la vía oral, se recomienda la misma medicación por vía intramuscular o endovenosa en la forma que se describe en el capítulo de agitación ^(3,8,11).

- Para pacientes que haya necesidad de sedar, se recomienda el uso de benzodiazepinas, en la forma que se describe en el capítulo de agitación ^(3,13).

7.8. Recomendaciones

Para la obtención de evidencia local, se hace necesario para el país, realizar estudios de seguimiento, de tipo multicéntrico.

8. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

8.1. Definición e información marco

Se llaman TRASTORNOS SOMATOMORFOS los estados en los cuales hay presencia de sintomatología física, derivada de causas psicoemocionales. Son los más importantes en el área de atención de urgencias:

8.2. Trastorno conversivo

Se presenta como la alteración de una función física, en forma súbita, sin la presencia de patología orgánica que la sustente y ante la evidencia de factores psicológicos relevantes, como precipitantes y acompañantes. Es de importancia tener muy claro que los síntomas NO SE PRODUCEN A VOLUNTAD DEL PACIENTE y que el compromiso, fundamentalmente, afecta funciones de la órbita NEUROLOGICA.

Los síntomas más comunes son:

- ALTERACIONES MOTORAS Y SENSORIALES
- a. Parálisis, anestesia o analgesia de extremidades, que regularmente no son coherentes con el patrón de inervación, sino que responden a una funcionalidad socialmente percibida; ejemplo. la "anestesia en guante"
- b. Ataxia, alteraciones de la marcha con movimientos dramáticos e inestables, sin que el paciente se caiga.
- c. Disfagia, afonía.
- d. Ceguera, anosmia.
- PERDIDA DE LA CONCIENCIA
- CRISIS CONVULSIVAS (PSEUDOCONVULSIONES), en las cuales no hay pérdida del conocimiento; los movimientos semejan convulsiones musculares pero no siguen su patrón, resultando extraños o extravagantes; si el paciente cae cuida de no hacerse daño; por lo general la crisis sucede cuando el paciente está acompañado y no hay presencia de otra sintomatología, como relajación de esfínteres, conservándose los reflejos corneal, pupilar y osteotendinosos.

Suele ser característico, en el trastorno conversivo, un comportamiento indiferente o de desdén con respecto a la sintomatología más relevante ("Bella indiferencia").

Para el diagnóstico se debe establecer la presencia de una situación estresante y tratar de definir una "ganancia secundaria"; así como certificar la ausencia de una lesión neurológica y de SIMULACION; los elementos presentados con anterioridad son útiles para ello.^(1,2,3,4,5,6)

8.2.1. Guía para la intervención en urgencias

El objetivo es extinguir la crisis y tratar la sintomatología concomitante, como la ansiedad; el paciente necesitará un trabajo psicoterapéutico posterior, que no está cubierto en los objetivos de la presente guía.

Sedando al paciente se logra el manejo de la ansiedad y se facilita el abordaje psicoterapéutico de crisis; se recomienda el uso de las benzodiacepinas en la forma descrita para los trastornos de ansiedad.^(1,2,3)

8.3. Trastorno de somatización

En este cuadro el paciente presenta una lista sintomática, generalmente de larga data, para la cual no hay evidencia de alteración orgánica; ha requerido de consultas médicas repetidas y existe una tendencia a la automedicación.

Los síntomas puede presentarse en todos los sistemas y cubre prácticamente todos los de la semiología clásica, los más frecuentes son:

vómitos, náuseas, mareos, dolor en las extremidades, disnea, palpitaciones, amnesia, dificultad para la deglución, afonía, sordera, visión borrosa, visión doble, dolor quemante en órganos sexuales o el recto, menstruación dolorosa.

Se requiere de la presencia de varios de ellos para hacer el diagnóstico (el DSM-IV pide 13 síntomas como mínimo). ^(1,2,3,4,7)

8.3.1. Guía para la intervención en urgencias

Como ninguna otra patología, este tipo de trastornos necesita de la intervención de un médico integral, quién además de la habilidad para la identificación de síndromes orgánicos, tenga la capacidad de escuchar, apoyar, y sugerir con una actitud empática al paciente. En la clarificación, la educación y la acción psicoterapéutica se encuentra lo fundamental de esta intervención. Todo esto nos pone de manifiesto que una atención de urgencia no es necesariamente medicamentosa.

Opcionalmente, si hay ansiedad o agitación pueden hacerse formulaciones farmacológicas, como las recomendadas en los apartados de estas guías,. ^(1,2,3)

8.4. Hipocondriasis

Es un trastorno crónico (mínimo de seis meses de duración), que consiste en una creencia, no delirante, de poseer una enfermedad grave, basado en sensaciones o síntomas que son mal interpretados y ante la ausencia real de enfermedad orgánica u otro tipo de patología psiquiátrica.

Para el diagnóstico es necesario el descarte juicioso de alteración orgánica; es de utilidad la historia de múltiples consultas y la persistencia de preocupaciones a pesar del criterio médico de ausencia de patología grave.

El tratamiento en urgencias es similar al descrito para el trastorno de somatización. ^(1,2,3,4)

8.5. Otros trastornos somatomorfos

En la clínica clásica se describen otros trastornos, pero por su tipología y forma de presentación es infrecuente su consulta a un servicio de urgencias. A manera ilustrativa y por su valor en el diagnóstico diferencial se reseñan brevemente:

8.5.1. Trastorno dismórfico corporal

Una preocupación excesiva, no delirante, sobre la creencia de poseer un defecto físico, generalmente en el rostro; es un padecimiento crónico que significa muchas consultas médicas y el sometimiento a cirugías cosméticas. ^(2,3)

8.5.2. Trastorno psicósomático del dolor

Preocupación crónica por un dolor (mínimo seis meses), sin que después de evaluación adecuada quede en evidencia un mecanismo fisiopatológico que lo explique; se acompaña de la presencia de estresores para el paciente,

quién ha hecho un hábito de la consulta médica y el consumo de analgésicos.

Estos pacientes son tributarios de psicoterapias extensas y del manejo de síntomas psiquiátricos colaterales (ansiedad, depresión).^(2,3,8)

8.6. Evidencia, grado de recomendación

Salvo para el manejo de la ansiedad, para lo cual hay una evidencia razonable, los enfoques terapéuticos de estos trastornos se basan en las opiniones de expertos, lo que resulta en una poca evidencia, es decir, recomendaciones de grado C.

Es recomendable el seguimiento estructurado de cuadros somatoformes, en estudios multicéntricos, para definir tipos de presentación e intervenciones adecuadas para nuestro país.

9. URGENCIAS PSIQUIATRICAS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

9.1. Definición

Una sustancia psicoactiva es definida como aquella que cuando es consumida puede alterar el estado de conciencia. Todas las sustancias psicoactivas están sujetas a abuso, mal uso y dependencia física o psicológica.

De acuerdo con el DSM IV los criterios para definir abuso de sustancias son:

- A. Un patrón de uso de sustancias que conduzca en un período de 12 meses a un compromiso clínico manifestado por:
1. Uso recurrente de sustancias que resulta en una falla para el desempeño de obligaciones en el trabajo, educación, hogar.
 2. Uso recurrente de sustancias en circunstancias en las cuales es físicamente riesgoso. Ejemplo: conduciendo un vehículo.
 3. Recurrentes problemas legales relacionados con el abuso de sustancias.
 4. Continuar con el abuso de la sustancia a pesar de haber tenido problemas sociales o interpersonales recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.^(4,3)

En relación con las diversas sustancias de abuso en nuestro medio, se proponen a continuación las situaciones más frecuentes a las cuales se ve enfrentado el médico.

9.2. Tipos de sustancias y manejo

9.2.1. Alcohol

Se informa una ingesta de alcohol. En relación con su comportamiento habitual se observan cambios en el Paciente mismo: "se percibe como haciendo cosas diferentes por quienes le rodean"

De acuerdo con la severidad de la intoxicación, al examen se encuentra:

- Un discurso en el que no hay nexos asociativos entre las ideas.

- Incoordinación motora, especialmente detectable en los movimientos al desplazarse.
- Posteriormente el paciente adopta una postura inestable; le es difícil permanecer de pie.
- Nistagmus.
- Alteración en el comportamiento.
- Iteración en las memorias y la atención; le es difícil localizar lugares previamente conocidos, y es incapaz de seguir a un interlocutor en su discurso.

La intoxicación alcohólica podría llevar finalmente al estupor y coma. Siempre deberá descartarse otra condición médica que explique los síntomas.⁽⁴⁾

9.2.1.1. Tratamiento

Existe una serie de medidas básicas dirigidas a llevar al paciente hacia la estabilización:

1. Mantenimiento de la vía aérea.
2. Hidratación acorde a su balance hidroelectrolítico.
3. Control de líquidos administrados y eliminados.
4. Vigilar la posibilidad de regurgitación por el riesgo de broncoaspiración.
5. Inmovilización para protección del paciente, si las circunstancias lo requieren^(1,2).

A todo paciente que haya presentado una intoxicación alcohólica se le deberá:

- A. Aplicar pruebas de laboratorio para detección de sustancias^(5,7)
- B. Aplicar cuestionario CAGE⁽⁶⁾ para alcoholismo:
 1. Ha usted sentido la necesidad de suspender su consumo de alcohol?
 2. Las personas que le rodean o alguien más ha criticado su consumo de alcohol?
 3. Se ha sentido usted mal o culpable sobre la manera de beber?
 4. Ha considerado el beber en la mañana como una manera de calmar sus nervios o para superar su guayabo?

*Dos o más respuestas positivas implican un problema en el alcohol.

9.2.1.2. Síndrome de Retiramiento del Alcohol

Este síndrome se presenta posteriormente a la suspensión del alcohol después de un consumo aumentado, prolongado o a niveles tóxicos.

Dos o más de los siguientes síntomas se desarrollan en un período de horas o pocos días:

1. Se presenta evidencia de hiperactividad autonómica. Ejemplo: taquicardia, sudoración.
2. Temblor exagerado de manos.
3. Insomnio de conciliación, intermedio o terminal.
4. Nausea o vómito.
5. Alucinaciones o ilusiones de carácter visual, táctil o auditivo.
6. Agitación psicomotriz.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tipo gran mal.

9.2.1.2.1. Tratamiento

(Recomendación grado B)

En primer lugar deben establecerse las mismas medidas que en el caso de la intoxicación alcohólica. A ello se adiciona la administración de Tiamina 100-200 mg

Administrar diazepam 10-20 mg vía oral o intramuscular para suspender síntomas de retiro.

Repetir la dosis cada una o dos horas, hasta que el paciente esté calmado.

Si se presenta una convulsión, deberá impregnarse con difenilhidantoina 15 mg/Kg de peso, diluidos en 100 c.c. de solución salina y administrados en una hora en infusión i.v. ^(1,2)

9.2.2. Anfetaminas o cocaína

9.2.2.1. Síntomas y signos de intoxicación

Euforia o aplanamiento en el afecto; en ocasiones ansiedad.

Los comportamientos se tornan repetitivos.

El paciente presentará dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dilatación pupilar.
2. Taquicardia o bradicardia.
3. Tensión arterial elevada o disminuida.
4. Sudoración.
5. Náusea o vómito.
6. Al examen se evidencia pérdida de peso.
7. Se puede presentar agitación.
8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, arritmias cardíacas.
9. Confusión, convulsiones, coma.

9.2.2.2. Tratamiento

(Recomendación grado C)

El tratamiento de la intoxicación está dirigido a una vigilancia cardiorrespiratoria. En el caso de agitación se seguirá el tratamiento propuesto. (Ver capítulo de Agitación).

9.2.3. Marihuana

9.2.3.1. Manifestaciones de la intoxicación

1. Uso reciente de marihuana.
2. Comportamiento caracterizado por euforia, ansiedad, sensación de enlentecimiento del tiempo, compromiso del juicio.
3. Dos o más de los siguientes signos:
 - A. Inyección conjuntival.
 - B. Incremento del apetito.
 - C. Boca seca.
 - D. Taquicardia.

9.2.3.2. Manejo

(Recomendación grado C)

1. Hidratación apropiada,
2. Control de líquidos administrados y eliminados,
3. Sedación: Midazolam 5 mg via IM

10. URGENCIAS PSIQUIATRICAS GERIATRICAS

10.1. Definición

La demencia ocurre al menos en el 5% de la población mayor de 65 años. Algunas estimaciones sugieren que al menos un 20% de la población estaría afectada al sobrepasar los 80 años por dicha patología.

La enfermedad de Alzheimer es responsable por aproximadamente el 60% de los casos de demencia en pacientes mayores de 65 años. Los cambios de comportamiento y los síntomas psicóticos en estos pacientes son difíciles de manejar para el personal médico y paramédico que los tiene a su cargo.

Hasta hace poco tiempo, estos síntomas habían recibido pocas evaluaciones sistemáticas desde el punto de vista de su tratamiento.^(1,5)

10.2. Condiciones asociadas con agitación y agresión en el anciano

- Enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad cerebrovascular, infarto y demencia multiinfarto.
- Delirium.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos sensoriales, auditivos o visuales.
- Trastornos cardiovasculares.
- Enfermedad de Parkinson.
- Tumores cerebrales.
- Infecciones del sistema nervioso central.
- Epilepsia.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos psicóticos.

10.3. Medicaciones y fármacos asociados con agitación y agresión en el anciano

- Alcohol.
- Analgésicos.
- Esteroides.
- Antidepresivos.
- Antiparkinsonianos.
- Anfetaminas.
- Drogas anticolinérgicas.
- Agentes sedantes o hipnóticos.
- Antisicóticos.

10.4. Características de la agitación en el anciano

Reactiva	:	Disparada por estímulos leves.
Irreflexiva	:	No premeditada.
Sin propósito	:	No tiene tino ni metas.
Explosiva	:	No es de aparición gradual.
Periódica	:	Estallidos breves.
Egodistónica	:	Paciente molesto por su comportamiento ⁽⁶⁾ .

10.5. Principios de farmacoterapia para agitación y agresión en el anciano

Al iniciar la entrevista:

- Tratar de establecer la causa.
- Tomar una historia médica y realizar un examen físico.
- Entrevistar los miembros de la familia; obtener historia social.

- Obtener historia sobre consumo de alcohol.

Al inicio del tratamiento con psicofármacos

- Iniciar lentamente.
- Evaluar permanentemente la condición clínica del paciente.
- Monitorizar las interacciones medicamentosas.
- Aumentar la medicación si la respuesta es parcial.
- Realizar intentos por disminuir la medicación.
- Según las características del cuadro clínico, considerar revisión de los principios para agitación.
- Considerar las siguientes posibilidades:
 - Benzodiazepinas.
 - Drogas antipsicóticas.
 - Anticonvulsivantes.
 - Antidepresivos serotoninérgicos.
 - Bupiriona.

10.5.1. Tipos de fármacos a utilizar

(Recomendación grado C):

10.5.1.1. Benzodiazepinas

- Utilice benzodiazepinas de acción corta.
- Efectos colaterales:
 - Excesiva sedación.
 - Disturbios motores caracterizados por pobre coordinación.
 - Alteraciones de la modulación afectiva.
 - Compromiso de la memoria. Confusión.
 - Dependencia, sobredosis, síndrome de retirada.
 - Violencia o rabia paradójica.
- Ventajas: Sedación rápida. Ansiolíticos.

10.5.1.2. Lorazepán

0.5 - 1 mg vía oral o 0.25-0.5 mg vía I.M.

- Repita cada una o dos horas hasta que el paciente este en calma.
- Una vez que el paciente no este agitado, manténgalo en el máximo de la dosis.
- Si el paciente no está agitado por 48 horas disminuya la dosis gradualmente a razón del 10% /día, de la dosis más alta utilizada.⁽⁴⁾

10.5.1.3. Drogas antipsicóticas

Su utilización depende del perfil de efectos colaterales.

Efectos colaterales:

- Sedación excesiva.
- Hipotensión.
- Confusión.
- Síntomas parkinsonianos.
- Disquinesia tardía.
- Síndrome neuroléptico maligno.

Ventajas: sedación rápida y efecto antipsicótico.

Haloperidol

- Se administra 0.25 - 0.5 mg vía oral o 0.25 mg I.M. cada hora hasta que la agitación se encuentre controlada.
- Posteriormente se divide la dosis total diaria, en tomas cada seis horas
- Cuando el paciente no esté agitado por un periodo de 48 horas se disminuye gradualmente a razón de 25% día, de la dosis más alta utilizada.^(3,4)

Risperidona

Dosis inicial: 0.5 mg

Dosis terapéutica promedio: 1-6 mg por día.

Efectos colaterales: Síntomas extrapiramidales.

Ventajas : menos efectos colaterales que los antipsicóticos standard.

Clozapina

Dosis inicial : 6.25 mg

Dosis terapéutica promedio : 25-200 mg por día.

Efectos colaterales:

- Agranulocitosis.
- Convulsiones.
- Hipotensión.
- Adormecimiento.
- Efectos anticolinérgicos.
- No síntomas extrapiramidales⁽³⁾.

La risperidona y la clozapina se consideran en caso de agitación crónica

- Si después de 6 semanas el **haloperidol** o **lorazepan** no pueden ser disminuidos sin reaparición de los síntomas de agitación reevalúe el plan de tratamiento.
- No mantenga su paciente con **haloperidol** por más de 6 semanas, excepto por agitación secundaria a sicosis.

10.6. Farmacoterapia en agitación crónica

La farmacoterapia en la agitación crónica comprende varias opciones:

1. Antisicóticos.
2. Anticonvulsivantes.
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
4. Bupirona.

10.6.1. Anticonvulsivantes

Acido Valproico: Dosis inicial : 125-250.
Dosis terapéutica promedio : 250-1000 mg

Efectos colaterales:

- Temblor.
- Ganancia de peso.
- Adormecimiento.
- Molestias gastrointestinales.
- Hepatotoxicidad.

Ventajas: Anticonvulsivante y estabilizador del afecto

10.6.2. Antidepresivos serotoninérgicos (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina)

Ejemplo:

Fluoxetina. Sertralina

Dosis inicial: 25 mg día.

Dosis terapéutica promedio : 50-100 mg

Efectos colaterales:

- Interacciones medicamentosas.
- Ansiedad.
- Náusea y diarrea.
- Disfunción sexual.

Ventajas: Dosis una vez al día. Antidepresivos.

Bupirona

Dosis inicial : 5-7.5 mg

Dosis terapéutica promedio : 30-60 mg

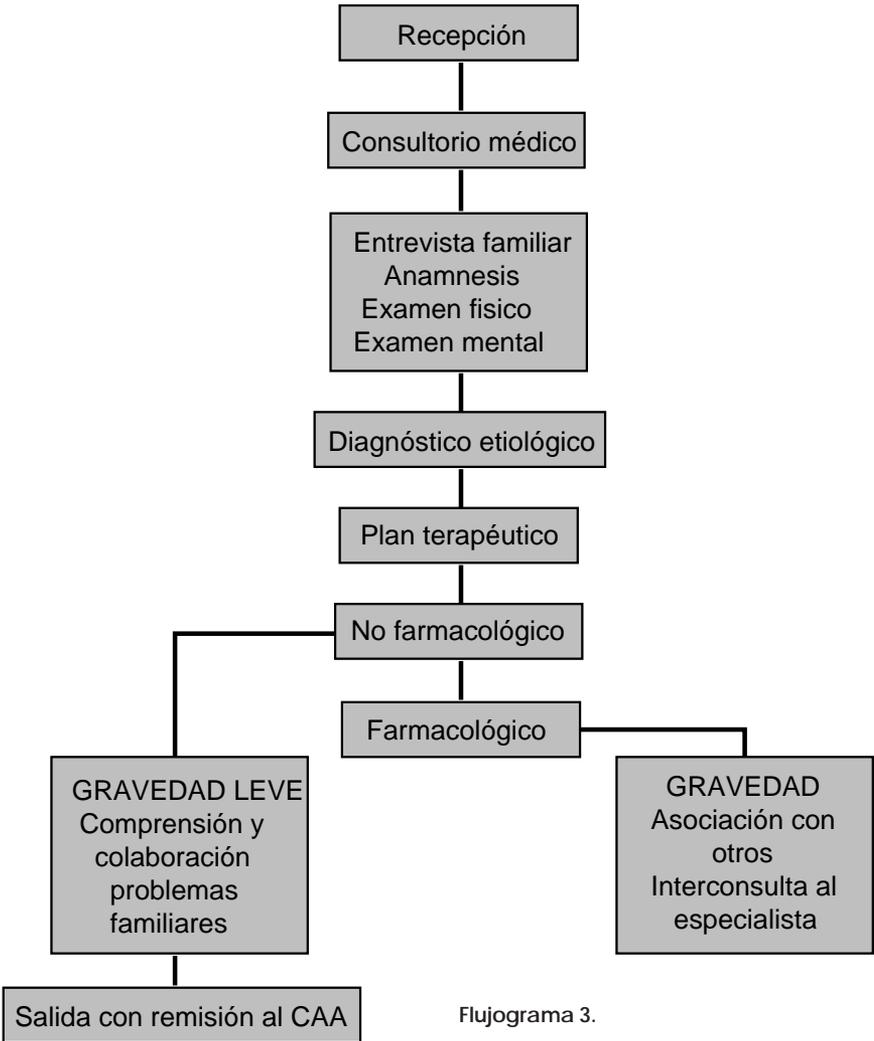
Efectos colaterales:

- Vértigo.
 - Cefálea.
 - Nerviosismo, náusea.
- Ventajas:
- No sedante.
 - No exacerba síntomas depresivos.
 - No dependencia.
 - No compromiso cognitivo ni sicomotor.
 - No interacción con alcohol.
 - No efectos de retiramiento o efectos de rebote entre las dosis.
 - Pocas interacciones medicamentosas.
 - Seguridad en el caso de sobredosis.

11. HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS

11.1. Definición

Este síndrome clínico se caracteriza por desatención, impulsividad e hiperactividad. Los niños que lo padecen generalmente presentan alteraciones en alguna de estas áreas, aunque en grados variables. El trastorno se manifiesta con intensidad diferente en todas las actividades y situaciones, pero una pequeña proporción de niños sólo lo exhibe en casa o en la escuela.



Flujograma 3.

La desatención se refleja por la desorganización y desestructuración de las actividades que emprenden y que mayoritariamente no concluyen. La impulsividad se observa en la incapacidad de esperar turnos y en las interrupciones frecuentes al desarrollo de las clases o a quién habla. La hiperactividad es observable en la incapacidad de guardar quietud y compostura, así sea por breves momentos, a lo que se ha llamado "siempre con el motor en marcha" (2,3,4).

11.2. Clasificación

A. Por severidad:

La severidad está dada por el asocio al trastorno de otros problemas como comportamientos por oposición desafiante, trastorno de conducta (T.C.) con agresión, ansiedad y depresión.

B. Por presentación (3,4):

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
2. Trastorno por déficit de atención indiferenciado (TDAI), o sin hiperactividad.
3. Trastorno por déficit de atención asociado con trastorno por oposición desafiante (TOD) y trastorno de conducta (TC) con agresión.
4. Trastorno por déficit de atención con depresión.
5. Trastorno por déficit de atención con ansiedad.
6. Trastorno por déficit de atención con tics o síndrome de Guilles o de de la Tourette.

C. Por etiología (3,4):

Pueden actuar como factores predisponentes:

1. Biológicos: Las anomalías del SNC, como la presencia de neurotoxinas, la epilepsia, y la parálisis cerebral.
2. Psicosociales: Los ambientes caóticos y desorganizados, el ser víctimas de abuso durante la infancia o crecer en ausencia de criterios educativos.

11.3. Criterios diagnósticos (síntomas y signos)

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad⁽¹⁾

- ### A. Una alteración de por lo menos seis meses de evolución, con un mínimo de ocho de los síntomas siguientes:
1. Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia o inquietud).
 2. Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.
 3. Fácil distractibilidad por estímulos ajenos a la situación.
 4. Dificultad para guardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
 5. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.
 6. Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo, o a error de comprensión). Por ejemplo, no finaliza las tareas que se le encomiendan.
 7. Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

8. Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.
 9. Dificultad para jugar con tranquilidad.
 10. A menudo habla excesivamente. Verborrea.
 11. A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños. Por ejemplo, interrumpiendo el juego que han comenzado.
 12. A menudo, no escucha lo que se le dice.
 13. A menudo, pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar. Por ejemplo: lápices, libros y cuadernos, juguetes.
 14. A menudo, realiza actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos (no con el propósito de buscar emociones fuertes); por ejemplo: cruzar una calle de mucho tráfico sin mirar.
- B. Comienzo antes de los siete años.
- C. No reúne los criterios para el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Se entenderá reunido el criterio sólo si la conducta es más frecuente que la observada en la mayoría de los niños con edad mental similar.

11.4. Ayudas diagnósticas

Ver capítulo general de historia clínica y examen psiquiátrico formal.

11.5. Plan de tratamiento

Los esquemas de tratamiento han utilizado modalidades múltiples y los más exitosos integran acciones médicas, psicológicas, psicosociales y psicopedagógicas.

A. Medidas generales no farmacológicas^(3,4)

1. Establecer una comunicación cálida, esperanzadora y clara, tanto con el paciente como con sus familiares para explicar el síndrome, los problemas asociados y su tratamiento.
2. Estimular un compromiso con el tratamiento por parte del propio paciente y de sus familiares, enfatizando que es a largo plazo y requiere de intervenciones inter y pluridisciplinarias con la participación activa de la familia.
3. Promover el entendimiento del trastorno y su comprensión, mitigar los sentimientos de culpa de los padres, desmitificar el lenguaje biomédico y colaborar con la familia para elaborar un lenguaje operativo sobre el diagnóstico y aspectos del tratamiento.
4. Ofrecer apoyo a las posibles reacciones de pesar, producidas cuando la familia entiende el significado del diagnóstico.

B. Tratamiento farmacológico (Recomendación grado C)

1. Si no existen contraindicaciones para los estimulantes.
 - a. De primera elección el metilfenidato (MF) para niños de seis años en adelante.

Dosis usual: de 0.3 a 0.5 mg/kg. dos o tres veces por día. Preferiblemente dar la última dosis antes del medio día. No suministrar dosis superior a 60 mg^(2,3,4,5,7,8,10)

- b. Presentación: Metilfenidato, tabletas por 10 mg.

2. Si existen contraindicaciones para los estimulantes.
 - a. Primera elección: Imipramina.
Dosis usual: de 0.5 a 3 mg/kg/día,
Dosis inicial: de 0.3 mg/kg (comúnmente de 10 a 25 mg, haciendo incrementos cada cuatro días hasta alcanzar la dosis de mantenimiento con control de síntomas y mínimos efectos adversos). ^(3,4,5,7,8,9)
 - b. Presentación: grageas de 10 y 25 mg
Cápsulas de 75 mg (pamoato) para adolescentes mayores.
3. Trastorno por déficit de atención con trastornos específicos asociados.
 - a. Con ansiedad y depresión: iniciar imipramina a las dosis ya recomendadas. ^(3,4,5)
 - b. Con pobre control de impulsos y agresión:
Iniciar metilfenidato según posología ya recomendada.
 - c. Con tics o con el síndrome de Gilles de la Tourette.
 - (1) De elección, la clonidina en dosis de 0.1 a 0.3 mg/día en una toma ^(3,4).
 - (2) Presentación: comprimidos por 0.150 mg

12. FARMACOTOXICOLOGIA DE LAS DROGAS PSIQUIATRICAS

La mayoría de los psicofármacos no afectan un sistema único de neurotransmisores, como tampoco están sus efectos localizados sólo en el cerebro.

El tratamiento de los efectos secundarios es similar independientemente del fármaco que el paciente esté tomando.

En los servicios de urgencias psiquiátricas la causa de consulta más frecuente por efectos adversos, son los trastornos motores inducidos por neurolépticos, debido al impacto que causan en el paciente muchas veces al abandonar el tratamiento.

12.1. Trastornos motores inducidos por neurolépticos

12.1.1. Parkinsonismo

Caracterizado por temblor, acentuado en reposo, rigidez y bradiquinesia. El 90% se presenta en los primeros tres meses. Los varones de edad y las mujeres tiene mayor riesgo de padecerlo¹.

No existe acuerdo en relación con el beneficio de la profilaxis. No obstante, una vez aparezcan los síntomas extrapiramidales se deben seguir las siguientes recomendaciones: 1. Reducir la dosis del neuroléptico. 2. Dar medicación anti-sistema extrapiramidal y 3. Cambiar el neuroléptico.

Los principales medicamentos anti-sistema extrapiramidal son los antiparkinsonianos, en primer lugar, como el biperideno 2 mg vía oral cada ocho horas. En etapas agudas a veces es necesario aplicar una ampolla de 5 mg vía intramuscular y luego continuar la vía oral a la dosis recomendada anteriormente.

En segundo lugar tenemos la difenhidramina (antihistamínico) se suministra en dosis de 25 mg vía oral cada seis horas, o una ampolla de 50 mg intramuscular, para continuar luego la vía oral.

En tercera línea hay una gama diversa de fármacos con eficacia comprobada, que se pueden utilizar indistintamente:

Trihexifenidilo, 2 mg cada ocho horas.

Lorazepán, una benzodiacepina, 1 mg vía oral cada ocho horas.

Con frecuencia hay tolerancia al desarrollo de los efectos parkinsonianos, por eso se debe evaluar la continuidad del tratamiento, luego de cuatro a seis semanas de iniciado².

12.1.2. Distonia aguda

Cerca del 10% de los pacientes presentan distonia como efecto adverso de los antipsicóticos; en el 90% de los casos ocurre en los primeros cuatro a cinco días. Puede afectar el cuello, la mandíbula, la lengua, y el cuerpo completo.

Las crisis oculógiras (movimiento lateral y ascendente de los ojos) son raras y se presentan posteriormente, al igual que la disartria y la disfagia. La distonia es más frecuente en hombre jóvenes y con drogas de alta potencia, o de depósito, o de aplicación intramuscular. Puede fluctuar espontáneamente, dando la falsa impresión de que el movimiento es histérico o de control voluntario.

El tratamiento inicial debe hacerse con antiparkinsonianos, como biperideno (una ampolla de 5 mg, vía intramuscular). En segunda línea se cuentan los antihistamínicos, como la difenhidramina (50 mg, vía intramuscular). Continuar después con profilaxis. En términos generales, se utilizan los mismos fármacos y dosis que en el parkinsonismo.

12.1.3. Acatisia aguda

Es una sensación subjetiva y objetiva de inquietud motora, que conduce a que el paciente esté agitado y que se sienta disfórico. Los síntomas pueden atribuirse equivocadamente a psicosis, agitación o falta de cooperación¹. Aparece en cualquier momento durante el tratamiento.

Una vez hecho el diagnóstico se debe reducir la dosis del antipsicótico y se deben suministrar bloqueadores beta adrenérgicos, como el propranolol (30-120 mg día).

Si no responde al betadrenérgico, se debe cambiar por un antiparkinsoniano, como el biperideno o trihexifenidilo (2-6 mg/día).

Si tampoco responde a los antiparkinsonianos, cambiar por una benzodiacepina. En última instancia cambiar el neuroléptico.

12.1.4. Disquinesia tardía

Es de aparición tardía y sus síntomas principales consisten en movimientos involuntarios de la boca y coreoatetoides de la cabeza, las extremidades y el tronco; los movimientos periorales son los más frecuentes. Se intensifican con el estrés y desaparecen durante el sueño. Esta entidad se asocia a todos los antagonistas de los receptores de dopamina, cuando el tratamiento se ha seguido durante períodos prolongados.

Una vez que se reconocen los síntomas iniciales de la disquinesia tardía, el clínico debe evaluar la reducción de la dosis o cambiar por un antipsicótico tipo clozapina, risperidona u olanzapina.

En etapas iniciales, entre un 5% - 40% de los casos leves remiten finalmente. En los casos graves no hay un tratamiento eficaz simple; se han utilizado litio, carbamazepina, agentes gabaérgicos y dopaminérgicos y vitamina E, sin que hasta el momento exista un tratamiento de elección³.

12.1.5. Síndrome neuroléptico maligno

Es una gravísima complicación del uso de neurolépticos. Puede causar la muerte y puede presentarse en cualquier momento durante el curso del tratamiento con antipsicóticos. Presenta síntomas motores como rigidez muscular, distonía, mutismo, embotamiento y agitación. Síntomas autonómicos como hiperpirexia (hasta 41°C), sudoración, aumento de la tensión arterial y del pulso. Los principales hallazgos de laboratorio son aumento de los leucocitos, de las enzimas hepáticas, mioglobinuria; también puede haber insuficiencia renal. La mortalidad es del 20%-30%.

El primer paso es la suspensión inmediata del antipsicótico, bajar la temperatura y controlar los signos vitales, los líquidos y los electrolitos. Las medicaciones antiparkinsonianas pueden ayudar; la bromocriptina (20-30 mg/día) en cuatro dosis puede añadirse. El tratamiento debe sostenerse durante cinco a 10 días. Al reiniciar la terapia antipsicótica se debe cambiar el medicamento previo por uno de menor potencia. En algunos casos estos pacientes requieren de la unidad de cuidado intensivo^{4,5}.

12.2. Efectos anticolinérgicos más frecuentes

Descripción y tratamiento de los efectos secundarios que se presentan con más frecuencia⁶.

BOCA SECA

Se puede evitar masticando chicle sin azúcar. A veces es suficiente con disminuir la dosis del fármaco.

VISION BORROSA

Es causada por midriasis y ciclopejía. Puede mejorar con una solución al 1% de pilocarpina en gotas, cuatro veces al día.

RETENCION URINARIA

Puede llevar a infecciones del tracto urinario. Las personas de más edad tienen mayor riesgo.

ESTREÑIMIENTO

La primera línea de tratamiento es la prescripción de dietas, laxantes naturales o purgantes, como la leche de magnesio.

HIPOTENSION ORTASTICA

Las personas de edad tienen mayor riesgo. El médico debe prevenir al paciente de este efecto con el fin de evitar caídas y posibles fracturas. Se le debe enseñar a levantarse lentamente y sentarse inmediatamente si experimenta vértigo. A veces es necesario medicación auxiliar específica.

DISFUNCION SEXUAL

Las manifestaciones más comunes son: disminución de la libido, alteraciones de la eyaculación y la erección, inhibición del orgasmo femenino. No hay identidad de criterios acerca de si se debe avisar o no al paciente de estos síntomas, ya que eso aumentaría su preocupación y podría convertirse en un efecto psicológico. Por otro lado, los pacientes casi nunca informan de los efectos sexuales adversos. Algunas de estas disfunciones también están relacionadas con el trastorno mental primario.

AUMENTO DE PESO

Puede deberse a retención de líquidos, aumento del consumo calórico o poco ejercicio, por la enfermedad mental. Dietas bajas en lípidos y carbohidratos y programas de ejercicios pueden ser recomendados.

12.3. Otras reacciones adversas de los principales medicamentos usados en el tratamiento de los trastornos mentales

12.3.1. Anticolinérgicos

Biperideno, trihexifenidilo.

Contraindicaciones: Hipertrofia prostática, retención urinaria, glaucoma de ángulo estrecho.

Efectos adversos: Descritos (ver efectos antimuscarínicos).

Toxicología: La dosis tóxica y letal equivale a 70mg.

Síntomas: Delirium, desorientación, agitación, crisis convulsivas, alucinaciones, coma taquicardia supraventricular.

Tratamiento: En caso de sobredosis reciente, inducir vómito o lavado gástrico urgente, administrar carbón activado, suministrar terapia sintomática. Monitoreo cardíaco. No dar antipsicóticos (diagnóstico diferencial: psicosis). Las benzodiazepinas son útiles en casos de agitación, loracepan 1-2 mg cada ocho horas.

12.3.2. Benzodiazepinas

Loracepan, clonacepan, triazolam, midazolam, etc.

Contraindicaciones: embarazo, lactancia, enfermedades hepáticas, edad avanzada.

Efectos adversos: El más común es la somnolencia. También puede ocasionar mareo y ataxia, déficit cognitivo leve, efecto paradójico (agitación, agresividad), tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Toxicología: Dosis letal 2-6 mg (según agente implicado)

Síntomas: confusión, ataxia, somnolencia, hiporreflexia. En combinación con alcohol puede producir depresión respiratoria, crisis convulsivas, y la muerte son probables.

Tratamiento: lavado gástrico con carbón activado, mantener vías respiratorias despejadas, control de signos vitales, administración de líquidos intravenosos. La disponibilidad del **flumazenil** ha facilitado el control de la sobredosis.

12.3.3. Antipsicóticos

a. Fenotiacinas: Clorpromazina, trifluoperacina, pipotiazina, tioridiacina.
Contraindicaciones: embarazo, lactancia, glaucoma de ángulo estrecho, enfermedades hepáticas.

Efectos adversos: hay efectos sobre sistema cardíaco, hematológico, dermatológico. Los más comunes son los efectos anticolinérgicos y los trastornos motores (ya descritos).

Toxicología: La dosis tóxica de la clorpromazina es de 26 gr en adultos.

Síntomas: Sedación, coma, delirium, depresión respiratoria, crisis convulsivas y síntomas extrapiramidales graves, rigidez y espasmo muscular, colapso vaso motor o respiratorio, apnea súbita, muerte.

Tratamiento: lavado gástrico más carbón activado y terapia de soporte sintomática. El uso de eméticos no es efectivo por la acción antiemética de los antipsicóticos que inhiben su eficacia. Los anticolinérgicos podrían ayudar.

b. Butirofenona: Haloperidol.

Contraindicaciones: hipersensibilidad al haloperidol, glaucoma de ángulo cerrado, depresión medular, enfermedad hepática severa, parkinsonismo.

Efectos adversos: Los más frecuentes y graves son los trastornos motores ya descritos.

Toxicología: Dosis letal desconocida.

c. Clozapina

Efectos adversos: Sedación excesiva, sialorrea, disminución del umbral convulsivo, hipotensión, estreñimiento, mareo. El efecto más grave está relacionado con leucopenias, que pueden ser súbitas y peligrosas, aunque no es tan frecuente como antes se creía. Deben hacerse recuentos leucocitarios semanales al inicio del tratamiento.

Toxicología: Dosis letal: 2.5- 4 gr.

Síntomas: Delirium, somnolencia, coma, depresión respiratoria, crisis convulsivas, hipotensión, arritmias.

Tratamiento: Cuidado sintomático y de apoyo, lavado gástrico más carbón activado con sorbitol. Control de líquidos, regulación del equilibrio ácido-base. Control electrocardiográfico.

d. Risperidona

Efectos adversos: Sedación, agitación, ansiedad, cefálea, náusea, hipotensión ortostática, aumento de la frecuencia cardíaca.

Toxicología: Dosis letal desconocida.

A altas dosis puede producir síntomas extrapiramidales. La disquinesia tardía y el síndrome neuroléptico maligno son raros.

12.3.4. Antidepresivos

a. Tricíclicos y tetracíclicos: Imipramina, clormipramina, amitriptilina, maprotilina, trimipramina.

Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, problemas de conducción cardíaca, glaucoma de ángulo estrecho, hiperplasia prostática.

Efectos adversos: Anticolinérgicos, sedación, hipotensión, alteraciones cardíacas (segmento ST, complejo QRS), delirium (en ancianos), exantemas dérmicos (maprotilina) y trastornos hematológicos.

Toxicología: Dosis tóxica: 700-1400 mg, dosis letal: 2,1 - 2,8 gr.

Síntomas: Confusión, agitación, alucinaciones, depresión respiratoria, hipotensión, arritmias, muerte.

Tratamiento: Lavado gástrico más carbón activado más emético. Control de signos vitales, manejo de las arritmias cardíacas con fenitoina o propranolol, corrección de líquidos endovenosos y de equilibrio ácido base. Monitoreo cardíaco. A veces se requiere hospitalización en unidad de cuidados intensivos.

b. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina.

Contraindicaciones: Son drogas más seguras que los tricíclicos y se pueden suministrar en casi todos los pacientes, teniendo cuidado en aquellos que presentan síntomas gastrointestinales severos.

Efectos adversos: Cefálea, náusea, ansiedad, insomnio, diarrea, molestias estomacales, sequedad de boca, intranquilidad.

Toxicología: Dosis letal desconocida

En sobredosis puede producir inquietud, agitación, temblor, crisis convulsivas, síndrome serotoninérgico.

Tratamiento: Lavado gástrico más carbón activado, medidas generales sintomáticas y de apoyo.

12.3.5. Litio

Contraindicaciones: embarazo, lactancia, trastornos de la conducción cardíaca, insuficiencia renal.

Efectos adversos: Molestias gástricas, aumento de peso, fatiga, deterioro cognitivo discreto, poliuria, nefritis intersticial, hipotiroidismo, alteraciones dermatológicas.

Toxicología: Niveles plasmáticos mayores de 3,5 mEq/l.

En sobredosis, los síntomas de intoxicación van desde leves a graves. Puede ocasionar vómito, diarrea, temblor, ataxia, fasciculaciones, convulsiones, delirium, estupor, falla renal y muerte.

Tratamiento: Lavado gástrico más carbón activado, suspender el tratamiento, líquidos endovenosos (cloruro de sodio 0.9%). En intoxicaciones graves el tratamiento de elección es la diálisis.

12.3.6. Anticonvulsivantes

Fenitoina - carbamacepina - ácido valproico desconocido

Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, depresión de médula ósea, enfermedades hepáticas.

Reacciones adversas: Discrasias sanguíneas, alteraciones hepáticas, dermatitis, trastornos gastrointestinales, somnolencia, confusión.

Toxicología: Carbamacepina 60 gr.. Con la fenitoina los niveles plasmáticos superiores a 40mcg/ml son mortales.

Síntomas: Ataxia, temblores, nistagmus, confusión, hipertermia, vómito, arritmias, coma y muerte.

Tratamiento: Lavado gástrico más carbón activado, medidas de apoyo. La necesidad de diuresis es controvertida. Si lleva varias horas de intoxicación por ácido valproico no es necesario el lavado gástrico.

Nota: Las reacciones adversas y la toxicología fueron tomadas en forma global de las referencias No. 7, 8, 9, 10, 11.

BIBLIOGRAFIA

INTENTO SUICIDA

1. Weissman M.M. Klerman G.L., Markowitz J., Oullette R. Suicidal Ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*, 321, 1209-1214, 1989.
2. Gunnel D., Frankel S., Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233. (1994)
3. Diestra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 371 (suppl) 9-20. 1993.
4. Fawcett J., Sahughnessy R. El paciente suicida: En PSIQUIATRIA. Diagnóstico y Tratamiento. Mexico. Editorial Médica Panamericana S.A. 1991.
5. Slaby A., Lieb J., Tancredi L. Handbook of psychiatric emergencies, New York. Medical Examinations Publishing Co., Inc. 1981
6. Hyman S.E. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona Salvat Editores S.A. 1987.
7. Weissman M.M. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. *Arch Gen Psychiatry* 30: 737-46. 1974.
8. Fawcett J. Predictors of early suicide: identification and appropriate intervention *J. Clin Psychiatry* 49: suppl: 7-8. 1988.

SINDROME DEPRESIVO

1. FRANCES. Allen. y otros. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. American Psychiatric Association. 1994.
2. RICHELSON E. Treatment of acute depression. *Psychiatric Clinics North America*. Psychopharmacology 16: 461-478. 1993
3. SHAMOIAN C.A. Depression in the Elderly. *Psychiatry Ann* 20 (2suppl.) 1990.
4. Diagnosis and treatment of depression in late life. NIH consensus development conferencia conseusus statement 1991, nov.4 - 6, 9(3).
5. BLIER P. DE MONTIGNY C. Current advances and trends in the treatment of depression. *New England Journal of Medicine*. 325: 633 - 642. 1991.
7. HERBERT C. SCHULBERG, PhD, and et. Treating major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* vol, 53 october 1996.
8. MATTHEW V. RODORFER, HUSSEINI K. MANJI AND WILLIAM Z. POTTER. "Comparative tolerability profiles of the newer versus older antidepressants". *Drug safety* 10 (1) 18-46. 1994.
9. PRESKORN SH, BURKE M. Somatic therapy for major depressive disorder: Selection of antidepressant. *J. Clin Psychiatry* 1992: 53 (9, suppl).
10. Anthony J. Rthschild. The Diagnosis and treatment of late life depression. *J. Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 5) 5-11.

CRISIS O ATAQUES DE ANGUSTIA

1. Klerman, G.L., Weissman, M.M. & Quелlette, R. (1991) Panic attacks in the community. *Journal of the American Medical Association*, 265, 742-746ç
2. Pollach M., Smoller J. The longitudinal course and outcome of panic disorder *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 18 No. 4 Pag. 785-801 (1995)
3. Ayuso José Luis. *Trastornos de Angustia*. Barcelona . Martínez Roca, 1988.
4. Hyman S.E. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona. Salvat Editores 1987.
5. Ballenger J.C. *Pharmacotherapy of Panic Disorder*. Presentado en el Simposiun Internacional Panic and Anxiety, A decade of progress. Ginebra Junio 19-22.1990
6. Ballenger J.C. *Pharmacotherapy of panic disorders*. *J. Clin Psychiatry* 47 (6suppl) 1986.
7. Otto M. Whittal M. *Cognitive therapy and the longitudinal course of panic disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 18 No. 4 Pag. 803-820,1995.
8. Schweizer E. *Generalized anxiety disorder: Longitudinal course and pharmacologic treatment*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 18 Pag. 843-858. 1995.
9. Harvey A., Rappe R. *Cognitive-behavior therapy for Generalized Anxiety Disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 18 No. 4 pag. 859-870, 1995.

PACIENTE AGITADO VIOLENTO

1. Potkin SG, Albers LJ, Richmond G; *Schizophrenia: An overview of pharmacological treatment*, en "Current Psychiatric Therapy ed" Dunner DL. WB Saunders Company, 1993.
2. Schulz SC, Sajatovic M: *Typical Antipsychotic Medication: Clinical, Practice*, en *Current Psychiatric Therapy ed Dunner DL*. WB Saunders Company, 1993.
3. Hyman SE. *Psicosis Aguda*, en *Manual de Urgencias Psiquiátricas*, Salvat Editores, 1987.
4. Katz IR: *Delirium*, en *Current Psychiatric Therapy*, ed Dunner DL. WB Saunders Company, 1993.
5. Adams F: *Emergency Intravenous Sedation of the Delirious Mentally ill Patient*. *J Clin Psychiatry* 49: 22-26, 1988.
6. Cassem, N.H. And Murray, G.B. *Delirious Patients PP113*, Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, Fourth Edition, Moby - 1997.

PSICOSIS AGUDA

1. Kaplan H, Sadock B: *Comprehensive textbook of Psychiatry*; 4 Ed, 1989.
2. Sullivan PF, Bluik CM, Forman SD, Mezzic JE: *Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service*. *Hospital and Community Psychiatry*, vol 44 #4, 376-380.1993.

3. Hyman SE, Psicosis Aguda, en Manual de Urgencias Psiquiátricas, Salva Editores, 1987.
4. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 154: 4 April 1997, Supplement.
5. American psychiatry Association: DSM IV.
6. Susser E. Fenning S et al: Epidemiology, diagnosis and course of brief psychoses Am J Psychiatry 152: 1743-1748,1995.
7. Chen YR. Swann AC, Burt DB Stability of diagnosis in Schizophrenia. Am J Psychiatry 1996: 153:682-686, 1996
8. Potkin SG, Albers Lj, Richmond G: Schizophrenia: an overview of pharmacological treatment, en Current Psychiatric Therapy ed Dunner DL. WB Saunders Company, 1993.
9. Schulz SC, Sajatovic M: Typical Antipsychotic Medication: Clinical Practice, en Current Psychiatric Therapy ed Dunner DL WB Saunders Company, 1993.
10. Baldesserini BJ, Cohen BM, Teicher MH: Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychosis. Arch Gen Psychiatry 45:79-94, 1988.
11. Rifkin A, Seshagiri D, et al: Dosage of haloperidol for schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 48: 166-170, 1991.
12. Scifas T: Electroconvulsive therapy for schizophrenia, en Schizophrenia module of the Cochrane database of sistematic reviews, Admas C et al (ed), Oxford, 1997.
13. Hyman SE: Catatonia y síndrome neuroléptico maligno, en Manual de Urgencias psiquiátricas, Salvat Editores, 1987.
14. Post RM: Mood disorders: Acute mania, en Current psychiatry Therapy, de Dunner DL. WB Saunders Comapny, 1993.

DELIRIUM

1. Lipowski ZJ: Update on Deliriu,. Psychiatry Clin of North America, Vol 15 # 2, Junio 1992.
2. Lipowski XJ: Transient Cognitive Disorders (Delirium, acute confusional states) in the elderly. Am J Psychiatry 140: 1426-1436,1983.
3. Lipwski ZJ: Delirium (acute confusional state), en Handbook of Clinical Neurology Vol 2 (46) Neurobehavioral disorders. 1985
4. Wise MG, Brand GT: Delirium, en The American psychiatric press textbook of Neuropsychiatric, 1992.
5. Goldman LS: Delirio en psiquiatria Diagnóstico y tratamiento, ed Flaherty, Chanon, Davis, 1991.
6. Rabins PV, Folstein MF: Delirium and dementia: Diagnostic criteria and fatality rates. Brit J Psychiatry 140: 149-153, 1982.
7. Spar JE, La Rue A: Dementia and delirium, en Concise Guide to geriatric psychiatry. American Psychiatry press, 1990.

8. Slaby AE, Erle SR: Dementia and Delirium, en psychiatry care of the medical patient, ed Stoudemire A, Fogel BS. Oxford University Press, 1993.
9. American psychiatry Association: DSM IV.
10. Lishman WA: Differential Diagnosis, en: organic psychiatry, 1994.
11. Katz IR: Delirium, en Current Psychiatry Therapy, ed Dunner DL. WB Saunders Company, 1993.
12. Blank K. Perry S: Relationship of Psychological Processes During Delirium to Outcome. Am J Psychiatry 141: 843-847, 1984.
13. Adams F: Emergency intravenous sedation of the delirious mentally ill patient. J Clin Psychiatry 49:22-26, 1988.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. Katon W, Somatizacion disorder, hypochondriasis and conversion disorder, en Current Psychiatric Therapy, Dunner DL (Ed) WB Saunders company, 1993.
2. Kaplan H, Sadock B: Comprehensive textbook of psychiatry. 4 ed, 1989
3. Lewis JD, Flaherty JA: Trastornos psicósomáticos, en Psiquiatria diagnóstico y tratamiento, Flaherty, Chanon, Davis (Eds), 1991.
4. American Psychiatry Association: DSM IV
5. Tignol J: Urgences Hysteriques, Rev Prat 45(20) 2563-2567, 1995.
6. Schuster JM: Psychiatric consultation in the general hospital emergency department: psychiatr-serv 46(6)555-557, 1995.
7. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, et al: Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. Am J Psychiatry 153:7, Jul. 1996 Festschrift Supplement.
8. Dworkin SF, Wilson L: Somatoform Pain disorder and its treatment, en current psychiatric therapy, Dunner DL (Ed) WB Saunders company, 1993.

URGENCIAS PSIQUIATRICAS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

1. Kofoe L., Kania J. Walsh J. Atkinson RM: Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. AM.J. Psychiatry 143: 867, 1986.
2. Mirin SM, ed. Substance abuse. Psychiatric Clinics of North America 9: entire issue, 1993
3. Nicholi AM: The nontherapeutic use of psychoactive drugs. New England Journal of Medicine. 308: 925, 1983.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition Published by the American Psychiatric Association. Washington D.C. 1994.
5. Hopkins T., Zarro V., McCarter T, et al: The Adequacy of screening documentary and treating the diseases of substance abuse, J. Addict Dis 13:81-88, 1994.
6. Ewing J. Detecting alcoholismo: The CAGE questionnaire, JAMA 252:1905,1907,1984.

7. Rosman AS: Utility and evaluation of biochemical markers of alcohol consumption, *J. Subst Abuse* 4:277 - 297, 1992.

URGENCIAS PSIQUIATRICAS GERIATRICAS

1. Cohen Mansfield J. Billis N. Agitated Behaviors in the elderly I: A conceptual review. *J. A, Geriatr. Soc.* 1986; 34:711-721. 1986
2. Helms PM: Efficacy of antipsychotics in the treatment of behavioral complications of dementia: A review of the literature. *J Am Geriatric Soc* 33: 206-209. 1985
3. Maletta G. Pharmacologic Treatment and Management of the aggressive demented patient. *Psychiatric Annals.* 1990 20 (8) 444-455.
4. Grossber, The older patient with psychotic symptoms. *Psychiatric Services* 1995, 46:55-59
5. Salzman C: Treatment of the elderly agitated patient. *J. Clinical Psychiatry* 48 (suppl 5) 19-22. 1987
6. Stuart C. Yudofsky M.D. Advances in the treatment of agitation and Aggression in the elderly. Lecture. American Psychiatric Association Annual Meeting. May 21. 1997. San Diego California.

HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS

1. American Psychiatric Association DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Cuarta reimpresión Masson S.A. 1993.
2. Burns B. y Climent C.E. Hiperactividad (Trastornos deficitarios de la Atención) Lo esencial en Psiquiatría. 1989 263-268
3. Culbert T.P., Banez G.A., Reiff M.I. , Trastornos de la Atención, diagnóstico, *Pediatric in Review.* Ed. en español. Vol 15, No. 1, 1994
4. Culbert T.P. , Banez G.A., REiff M.I., Trastornos de la Atención: tratamiento *Pediatrics in Review.* Ed. en español. Vol 15, No. 2, febrero 1994: 43-53.
5. Greenhill L.L. Setteberg S., *Pharmacotherapy of Disorders of Adolescents.* The Psychiatric Clinics of North America. Vol 16 No. 4, December 1993, 793-808
6. Haddad P.M. Garralda M.E., *Hyperkinnetic Syndrome and Disruptive Early Experiences,* *British Journal of Psychiatry,* 1992; 700-703
7. Kaplan H.I., Sadock B.J., *Manual de Farmacoterapia en psiquiatría,* 1993, 19: 182-187; 194-208
8. Kaplan H.I., Sadock B.J., *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry.* 1990; 189-195.
9. Plisska S.R. Antidepressants in the treatment of child and adolescent psychopathology, *J. Clin Child Psychol* 1991; 313-320
10. Sylvester C. *Psychopharmacology of Disorders in children.* *Psychiatric Clinics of North America.* Vol 16, No. 4, December 1993; 780-786.

FARMACOTOXICOLOGIA DE LAS DROGAS PSIQUIATRICAS

1. LANG A.F. Weiner WJ. "Drug - Inducef Movement Disorders" New York: Futura 1992.
2. KAPLAN HI, Sadock B., Grebb JA. Synopsis of Psychiatry 1994. Williams & Wilkins. Baltimore, Hary Land.
3. GLAZER WM, Margenstern H., Doucette JT. "Predicting long-term Risk of Tardive Diskinesia in Out Patients Maintained on Neuroleptic Medications. J. Ccin Psych. 54: 133,1993.
4. CASTILLO, Edgar, RUBIN, Robert, Edith Holsboer "Clinical Differentiation Between Lethonl Catatonia"
5. CAROF SN. "And Neuroleptic Malignart Syndrome. Psychiatric Ann 21(3): 2,1991
6. NIERENBERG AA, Cole JO Antidepressant adverse Drug Reatinos. J. Clijn Psych. 52: 40, 1991
7. KUPPER BLOOM, Psychopharmacology The Fourth Generation of Progress, Rave, 1995
8. GOODMAN Y GILLMAN. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Panamericana, Octava Edición, 1991.
9. Geropsychiatric Advances: New Therapies and Older Patients. The Journal of Clinical Psychiatry. Supplement 5, Vol 57, 1996.
10. Clozapine: Prediction of Response. Psychiatric Annals, Vol 26, Number 7, July, 1996.
11. Physician's Desk Reference (PDR), 1996.