



ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD-DADIS
DIRECCION OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL
CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES

GESUR03D003

GUÍAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES DE CARTAGENA

ÁLEX GONZÁLEZ GRAU, MD
Psiquiatra

ÁLVARO CRUZ QUINTERO, MD
Coordinador CRUE Cartagena

Psicólogos:
NARA C. RETAMOZA MENDEZ

ADOLFO CASTILLA SÁNCHEZ

KATHERINE EGEA AMADOR
Directora DADIS

Cartagena, abril de 2011

Centro Regulador de Urgencias, CRUED.
Getsemaní, Cll. Larga, Edificio Fátima No.25-01. Cartagena, Colombia
Teléfonos: 6602381-6602193-3175030461
Correo electrónico: cruecartagena@hotmail.com



ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Trastorno depresivo mayor	4
Trastornos bipolares	11
Esquizofrenias	19
Trastorno psicótico breve y trastorno esquizofreniforme	26
Trastorno esquizoafectivo	34
Trastorno de pánico (trastorno de angustia)	41
Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno mixto de ansiedad y depresión	48
Trastorno por estrés postraumático	54
Trastornos de adaptación	64
Trastorno de conversión	70
Apéndice 1: Valoración de factores de riesgo relacionados con el suicidio	77
Apéndice 2: Lineamientos generales de hospitalización en psiquiatría	95
Lecturas recomendadas	96



INTRODUCCIÓN

El presente manual tiene como objetivo principal ofrecer al médico que atiende un servicio de atención primaria las herramientas básicas para afrontar una urgencia psiquiátrica. El alcance del texto llega hasta las alteraciones cognitivas, conductuales o emocionales que con mayor frecuencia son motivo de consulta en un servicio de urgencias médicas.

La clasificación por trastornos se hace con el fin de ofrecer un abordaje lo más individualizado posible, ofreciendo, sin embargo, una flexibilidad basada en un sentido de lo práctico. En ningún momento serán estas guías una camisa de fuerza para el clínico. Son sencillamente fundamentos prácticos orientados a la solución de urgencias de este tipo.

Con el fin de facilitar la atención, en cada capítulo se describen los elementos diagnósticos, los factores de riesgo y el abordaje terapéutico sugeridos para cada alteración incluida. Todos estos aspectos se basan en la evidencia clínica y se conducen a través de parámetros de calidad en la atención.

El diagnóstico de cada trastorno se hace con base en los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) y de la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10).

El abordaje terapéutico se fundamenta en dos lineamientos. Primero, se ofrece una serie de pasos racionales dirigidos a garantizar un abordaje lo más individualizado posible, tomando en cuenta elementos tales como los factores de riesgo, enfermedades concomitantes, circunstancias particulares de cada paciente, establecimiento de una alianza terapéutica y monitoreo clínico. Segundo, se ofrecen pautas de manejo farmacológico que reúnan las condiciones de ser sencillas, fáciles de recordar e implementar, y que posean demostrada eficacia clínica.

Se espera con este trabajo, contribuir a mejorar la calidad en la atención a los pacientes psiquiátricos que acuden a un servicio de urgencias en la ciudad de Cartagena. La elaboración de este manual hace parte de las funciones formativas del autor dentro de las responsabilidades de su cargo como psiquiatra del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Distrito de Cartagena.



Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor se diagnostica por la presencia o antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores que no sean causados por una enfermedad médica o por los efectos de una sustancia; tampoco debe ser atribuible a otro trastorno mental. Los síntomas más importantes son el ánimo bajo y la pérdida del interés y del placer. Otros criterios consisten en alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, baja autoestima, hipoprosexia o indecisión, agitación o enlentecimiento psicomotor, e ideas de muerte o de suicidio. Se presenta en el 10% al 25% de las mujeres y en el 5% al 12% de los hombres, sin diferencias significativas entre razas, culturas o nivel socioeconómico. Su expresión puede concebirse como la interacción entre vulnerabilidad genética y estresores medioambientales. En la mayoría de los casos se presenta entre los 30 y los 50 años, sin que sea exclusivo de estas edades.

El trastorno depresivo mayor puede concebirse como la expresión de la interacción entre una vulnerabilidad determinada genéticamente y estresores medioambientales. Participan en su fisiopatología sistemas de neurotransmisores (noradrenalina, serotonina, dopamina) y neuroreceptores correspondientes, además de hormonas. Comprende diversas áreas encefálicas, entre las que podemos destacar la corteza prefrontal y algunos elementos del sistema límbico y el diencefalo.

La influencia del medio ambiente es de suma importancia. Por ejemplo, la presencia de estresores importantes durante la niñez (ej. muerte de un padre) triplica el riesgo de padecer el trastorno. La pérdida de la pareja es el evento aislado más frecuente como desencadenante de un episodio en la adultez.

En relación con el estilo de vida, el consumo de alcohol u otras sustancias, así como la falta de ejercicio físico y el manejo inadecuado del estrés incrementan el riesgo de padecer el trastorno.

Respecto a los factores hereditarios, se hereda la predisposición a la enfermedad, no el trastorno como tal.

Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno depresivo mayor se hace tomando en cuenta los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association. Los siguientes son los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor. Al menos uno de los dos primeros síntomas debe estar presente y acompañarse de por lo menos cuatro de los restantes.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)



3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no simples sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

La gravedad de la enfermedad está sugerida en gran medida por la presencia de ideas de muerte o de suicidio, o de elementos psicóticos.

La principal complicación es el suicidio o los intentos de suicidio, por lo cual se debe estar alerta ante este tipo de ideas o ideas relacionadas, como las de desesperanza, desamparo o muerte.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye las siguientes enfermedades:

1. trastornos bipolares
2. trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno por estrés postraumático)
3. trastorno depresivo debido a enfermedad médica
4. trastorno depresivo inducido por sustancias
5. trastorno esquizoafectivo
6. depresiones psicóticas

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas y parcial de orina. Cabe recordar que niveles muy bajos de colesterol se han relacionado con mayor riesgo de suicidio. Otros paraclínicos según criterio médico
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo
3. TAC cerebral o RMN ante sospecha de organicidad



Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

1. Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico de depresión es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar la seguridad del paciente y de los demás

Evaluar riesgo suicida, considerando (véase apéndice 1 de estas guías):

- ideas, planes o intentos suicidas
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de síntomas psicóticos o ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar según gravedad del riesgo

Evaluar estresores psicosociales: evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Determinar el ámbito de tratamiento

El ámbito de tratamiento se escoge considerando:

- situación clínica (gravedad, comorbilidad, riesgo de suicidio u homicidio, y nivel de funcionamiento)
- sistemas de apoyo disponibles
- capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo y de cooperar con el tratamiento

Considerar hospitalización en caso de:

- alto riesgo de auto o heteroagresión
- depresión grave sin apoyo social adecuado
- comorbilidad médica o psiquiátrica



- ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Realizar seguimiento del estado psiquiátrico y de la seguridad

- Controlar los impulsos del paciente en cuanto a impulsos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás
- Atención al seguimiento de los cambios en el estado psiquiátrico
- Reevaluación diagnóstica según curso clínico o cambio de síntomas

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno depresivo mayor es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia

Tratar los primeros signos de recaídas

Informar al paciente y a la familia sobre riesgo de recaídas

- Enseñar a identificar nuevos episodios
- Explicar la importancia de la intervención temprana

Tratamiento de la fase aguda

El tratamiento se realizará de acuerdo al síndrome presente:

1. *Paciente con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, con características atípicas*
(hipersomnio, hiperfagia, reactividad del humor, pesadez)

- Utilizar inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina:
(fluoxetina, 20 mg en la mañana, o sertralina 50 a 100 mg en la mañana)

2. *Paciente con trastorno depresivo mayor, con características catatónicas (o con características melancólicas en presencia de inhibición psicomotora marcada)*



- fluoxetina 20 mg en la mañana o sertralina 50 mg en dosis única matutina (como alternativa puede utilizarse imipramina a 75 mg día)
- lorazepam 2 a 4 mg al día, administrados en una a tres dosis
- considerar terapia electroconvulsiva si existe riesgo de inanición

3. Paciente con trastorno depresivo mayor, con marcada agitación psicomotora (por ejemplo, con características melancólicas o con ansiedad significativa)

- sertralina 50 a 100 mg en la mañana, o mirtazapina 30 mg en la noche, o amitriptilina 75 mg al día iniciando con 25 mg al día y aumentar 25 mg cada 2 ó 3 días hasta alcanzar 75 mg al día.
- clonazepam 2 a 4 mg al día, repartidos en dos dosis; o lorazepam 2 a 6 mg al día, repartidos en tres dosis

4. Paciente con trastorno depresivo mayor, con características psicóticas

- fluvoxamina 150 mg al día, o fluoxetina 20 mg al día, o doxepina 100 mg al día
- lorazepam 2 a 8 mg al día
- olanzapina 10 mg IM cada 24 horas
- considerar terapia electroconvulsiva

5. Paciente con trastorno depresivo mayor, con alto riesgo suicida

- **hospitalización inmediata en un servicio de psiquiatría**
- antidepresivos según síndromes anotados
- benzodiazepinas a dosis necesarias para sedación
- antipsicóticos según necesidad
- considerar el uso de terapia electroconvulsiva como primera elección

7. Paciente en fase depresiva del trastorno bipolar I ó II

- la ansiedad y el insomnio se pueden manejar con benzodiazepinas
- la agitación se manejará con benzodiazepinas o antipsicóticos (preferiblemente atípicos) según gravedad
- use olanzapina o haloperidol en caso de síntomas psicóticos
- una vez estabilizado el paciente inicie un estabilizador del ánimo (v.g. ácido valproico, inicialmente 15 a 25 mg/kg/día repartidos en 3 tomas, o carbamazepina, inicialmente 400 a 800 mg al día repartidos en 3 tomas
- evite en lo posible el uso de antidepresivos.
- una vez superada la urgencia el psiquiatra que corresponda determinará si aplica el esquema uno de los siguientes esquemas:
 - estabilizador del ánimo + quetiapina, o
 - estabilizador del ánimo + fluoxetina + olanzapina.
- en caso de ser indispensable usar un antidepresivo, se recomienda el uso de fluoxetina 20 mg al día (acompañada de olanzapina) o bupropión a dosis de 150



mg al día en toma única matutina. Nota: no se debe usar bupropión si hay riesgo de convulsiones. También puede incrementar los síntomas psicóticos.

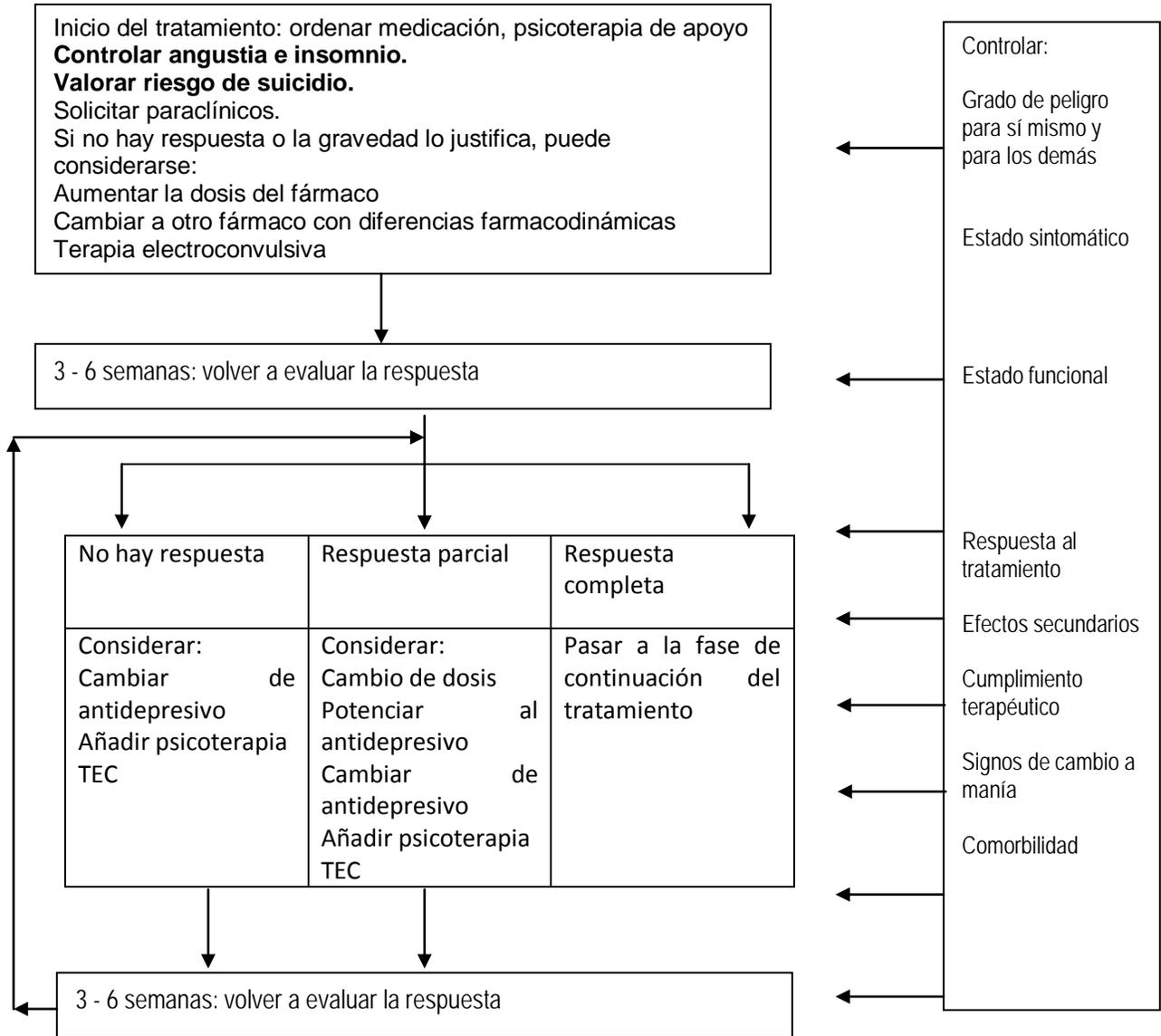
Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en los centros de atención primaria, teniendo como referencia los que cuentan con servicios de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos agudos o graves se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para depresiones leves o moderadas se dirigirán al servicio de consulta externa.



Flujograma

Tratamiento de la fase aguda del trastorno depresivo mayor





Trastornos Bipolares

Los trastornos bipolares se caracterizan por la presencia de episodios de características maníformes que alternan con otros de características depresivas. Dentro de este grupo de trastornos, los pacientes que presenten episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos, particularmente de severidad moderada o grave, serán los que más probablemente acudan a un servicio de urgencias. Estos síndromes se dan en el contexto de los trastornos bipolares I y II.

El trastorno bipolar I consiste en la presencia de episodios maníacos que alternan con episodios depresivos mayores y, por lo general, con períodos de remisión completa o incompleta. En el 90% de los pacientes se presentan tanto episodios maníacos como episodios depresivos mayores. En el 10 % de los pacientes se presentan únicamente episodios maníacos. Los episodios mixtos cuentan como episodios maníacos.

El trastorno bipolar II se caracteriza por la alternancia de episodios depresivos mayores y episodios hipomaníacos. En el trastorno bipolar II no se presentan episodios maníacos.

La principal complicación de los episodios depresivos y mixtos es el suicidio o los intentos de suicidio, por lo cual se debe estar alerta ante este tipo de ideas o ideas relacionadas, como las de desesperanza, desamparo o muerte.

La gravedad del episodio maníaco está sugerida en gran medida por la presencia de elementos psicóticos.

El trastorno bipolar I se da en el 1% de la población. Afecta a ambos sexos por igual. El trastorno bipolar II afecta aproximadamente al 0.5% de la población y es más frecuente en mujeres. La edad de inicio más frecuente de los trastornos bipolares suele situarse entre los 15 y los 25 años de edad.

Al igual que otros trastornos del estado de ánimo, el trastorno bipolar se concibe como la expresión de la interacción entre una vulnerabilidad determinada genéticamente y estresores medioambientales. Participan en su fisiopatología sistemas de neurotransmisores (noradrenalina, serotonina, dopamina) y neurorreceptores correspondientes, además de hormonas. Comprende diversas áreas encefálicas, entre las que podemos destacar la corteza prefrontal y algunos elementos del sistema límbico y el diencefalo, zonas involucradas en la regulación de las emociones.

El papel que juega la genética es mucho más evidente en el trastorno bipolar que en el trastorno depresivo mayor. Las probabilidades de que un hijo de alguien afectado por trastorno bipolar herede el trastorno van de 25% a 50%. En el caso de que ambos padres padezcan el trastorno, las probabilidades se elevan hasta 50% a 75%. Los gemelos monocigóticos expresan una concordancia de alrededor del 75%.

La influencia del medio ambiente es de suma importancia, por supuesto. Por ejemplo, la presencia de estresores importantes durante la niñez incrementa el riesgo de padecer el trastorno. En



relación con el estilo de vida, el consumo de alcohol u otras sustancias, así como la falta de ejercicio físico y el manejo inadecuado del estrés incrementan el riesgo de sufrirlo.

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos bipolares se hace tomando en cuenta los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association.

Así, el **trastorno bipolar I** se diagnostica cuando la persona ha padecido por lo menos un episodio maníaco; en el 90% de los pacientes se presentan tanto episodios maníacos como episodios depresivos mayores. Los episodios mixtos cuentan como maníacos.

El **trastorno bipolar II** se diagnostica cuando la persona ha padecido episodios depresivos mayores que alternan con episodios de hipomanía. Los episodios de hipomanía tienen los mismos síntomas de los episodios maníacos, pero son de menor severidad y duración y no deterioran el funcionamiento del individuo ni ameritan hospitalización.

En ninguna de las situaciones anteriores los síntomas tendrán causa orgánica ni se darán en el contexto de otra enfermedad mental.

Los siguientes son los criterios para un episodio maníaco:

Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o menos si es necesaria la hospitalización).

Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable):

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir
3. locuacidad
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad
6. aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves

Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.



Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Los siguientes son los criterios para un episodio mixto:

Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor durante un período de al menos una semana.

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a enfermedad médica.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye las siguientes enfermedades:

1. esquizofrenia
2. trastorno esquizoafectivo
3. trastorno psicótico breve
4. trastorno esquizofreniforme
5. trastorno depresivo mayor
6. trastornos del ánimo debidos a enfermedades médicas
7. trastornos del ánimo inducidos por sustancias
8. intoxicaciones por sustancias como cocaína, anfetaminas y alcohol

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas y parcial de orina. Cabe recordar que niveles muy bajos de colesterol se han relacionado con mayor riesgo de suicidio. Otros paraclínicos según criterio médico (por ejemplo, pruebas tiroideas)
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo
3. TAC cerebral, EEG o RMN ante sospecha de organicidad

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico de bipolaridad es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica



La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar la seguridad del paciente y de los demás

Evaluar riesgo suicida, considerando (véase guía correspondiente):

- ideas, planes o intentos suicidas
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de síntomas psicóticos o ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar según gravedad del riesgo

Evaluar estresores psicosociales: evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Determinar el ámbito de tratamiento

El ámbito de tratamiento se escoge considerando:

- situación clínica (gravedad, comorbilidad, riesgo de suicidio u homicidio, y nivel de funcionamiento)
- sistemas de apoyo disponibles
- capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo y de cooperar con el tratamiento

Considerar hospitalización en caso de:

- alto riesgo de auto o heteroagresión
- agitación grave
- comorbilidad médica o psiquiátrica
- ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Realizar seguimiento del estado psiquiátrico y de la seguridad



- Controlar los impulsos del paciente en cuanto a impulsos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás
- Atención al seguimiento de los cambios en el estado psiquiátrico
- Reevaluación diagnóstica según curso clínico o cambio de síntomas

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno bipolar es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia

Tratar los primeros signos de recaídas

Informar al paciente y a la familia sobre riesgo de recaídas

- Enseñar a identificar nuevos episodios
- Explicar la importancia de la intervención temprana

Tratamiento de la fase aguda

El tratamiento del trastorno bipolar se hace de acuerdo a la fase presente.

1. Atención en urgencias del paciente maniaco (o en episodio mixto):

El paciente maniaco suele ser llevado a urgencias en un estado de agitación psicomotora. Parte esencial en el tratamiento del episodio maniaco es dormir al paciente. Típicamente, el episodio maniaco se instala bruscamente, en cuestión de unos cuantos días. La falta de sueño dispara o exagera los síntomas maníacos, los cuales a su vez disminuyen la disminución de la necesidad de sueño. Lo primero es romper este círculo.

- Administrar una benzodiacepina. En la consulta de urgencia puede utilizarse midazolam o diazepam IV (lentamente y diluido). Para las dosis de mantenimiento se preferirá el diazepam por su mayor vida media.
- Las benzodiacepinas se administrarán vía IM sólo en caso de no poder tener acceso a una vía venosa.
- Con cierta frecuencia el paciente maniaco acepta recibir la medicación. Como alternativa a la medicación intravenosa pueden utilizarse alprazolam o lorazepam sublingual.



Para el control de la agitación se usará un antipsicótico, independientemente de que el paciente presente agitación secundaria a manía psicótica o a manía sin síntomas psicóticos. Los antipsicóticos son excelentes en el manejo de la agitación en el paciente maniaco. Lo ideal es utilizar un antipsicótico atípico, considerando su efecto como estabilizador del ánimo y su menor predisposición a causar síntomas extrapiramidales.

- Olanzapina 10 mg IM cada 12 horas (o en su defecto haloperidol, 5 a 10 mg IM cada 8 horas)

El estabilizador del ánimo se iniciará tan pronto el paciente acepte la medicación oral. Su efecto no es inmediato, pero en algún momento debe iniciarse. Se recomiendan los anticonvulsivantes. En caso de sedación puede disminuirse la dosis del estabilizador del ánimo o de la benzodiazepina. Puede prescribirse alguna de las siguientes alternativas

- Ácido valproico, 15 a 25 mg/kg/día (como dosis de inicio) repartidos en 3 tomas, o
- Carbamazepina 400 a 800 mg al día (como dosis de inicio) repartidos en 3 tomas

Atención en urgencias del paciente en fase depresiva del trastorno bipolar I ó II

Los episodios depresivos mayores de la enfermedad bipolar se encuentran en los trastornos bipolares I y II. Existen antecedentes de episodios maníacos o mixtos en el bipolar I o sólo de episodios hipomaníacos en el bipolar II. Contrario a lo que suele suceder en el trastorno depresivo mayor, en el cual los episodios depresivos suelen iniciarse de manera insidiosa, en el trastorno bipolar los episodios depresivos inician bruscamente. Con frecuencia se acompañan de ansiedad o agitación importantes y se complican fácilmente con síntomas psicóticos. El riesgo de suicidio en la fase depresiva del trastorno bipolar llega al 15%.

Indicadores de bipolaridad en pacientes deprimidos sin antecedentes de episodios manieformes

Ante la falta de antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos en un paciente que acuda a urgencias presentando un síndrome depresivo, existen elementos clínicos que, si bien no son exactos, sugieren bipolaridad y deben ser tenidos en cuenta al momento de iniciar el tratamiento. Estos son:

- instalación brusca de un cuadro depresivo severo
- síntomas psicóticos
- retardo psicomotor
- retardo psicomotor
- ausencia de psicopatología prepuberal
- edad temprana (v.g. inferior a 25 años)
- antecedentes familiares de trastorno bipolar.

A continuación se detallan las pautas para el manejo en urgencias del paciente bipolar en fase depresiva



- la ansiedad y el insomnio se pueden manejar con benzodiazepinas
- la agitación se manejará con benzodiazepinas o antipsicóticos (preferiblemente atípicos) según gravedad
- use olanzapina o haloperidol en caso de síntomas psicóticos
- una vez estabilizado el paciente inicie un estabilizador del ánimo (v.g. ácido valproico, inicialmente 15 a 25 mg/kg/día repartidos en 3 tomas, o carbamazepina, inicialmente 400 a 800 mg al día repartidos en 3 tomas
- evite en lo posible el uso de antidepresivos.
- una vez superada la urgencia el psiquiatra que corresponda determinará si aplica el esquema uno de los siguientes esquemas:
 - estabilizador del ánimo + quetiapina, o
 - estabilizador del ánimo + fluoxetina + olanzapina.
- en caso de ser indispensable usar un antidepresivo, se recomienda el uso de fluoxetina 20 mg al día (acompañada de olanzapina) o bupropión a dosis de 150 mg al día en toma única matutina. Nota: no se debe usar bupropión si hay riesgo de convulsiones. También puede incrementar los síntomas psicóticos.

Tratamiento en urgencias del paciente con trastorno bipolar, en fase depresiva o mixta, con alto riesgo suicida

- **hospitalización inmediata en un servicio de psiquiatría**
- benzodiazepinas a dosis necesarias para sedación
- antipsicóticos según necesidad (preferiblemente atípicos, como la olanzapina)
- considerar terapia electroconvulsiva como primera elección

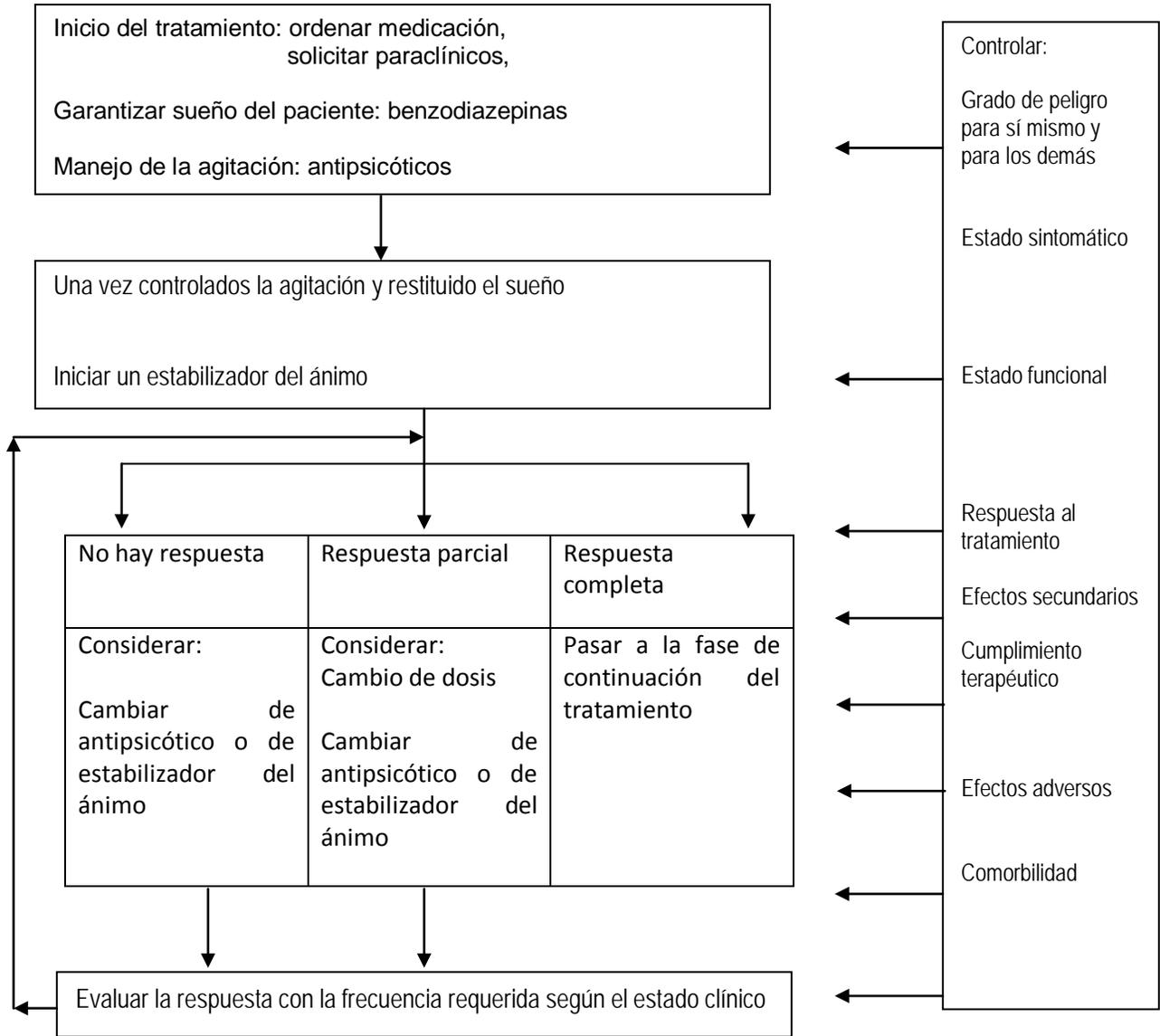
Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en los centros de atención primaria, teniendo como referencia los que cuentan con servicios de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para episodios agudos o graves, sean maníacos, mixtos o depresivos se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para depresiones leves o moderadas o para episodios hipomaníacos se dirigirán a los servicios de consulta externa.



Flujograma

Tratamiento de la manía aguda





Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje, conducta catatónica o conducta desorganizada y síntomas negativos, como hallazgos más relevantes. En el subtipo paranoide predominan los delirios y las alucinaciones; en la desorganizada (hebefrénica) la desorganización del lenguaje y de la conducta; en la catatónica los síntomas del mismo nombre; en la indiferenciada se dan los síntomas pero no puede ser clasificad; en el estado residual hay evidencia de historia de síntomas activos, los cuales, sin embargo, están atenuados en la actualidad, mientras predominan los síntomas negativos. Se presenta en el 1% de la población mundial, sin diferencias significativas entre sexos, razas, culturas o nivel socioeconómico. Su expresión puede concebirse como la interacción entre una vulnerabilidad genética, que se hereda en diferentes grados de penetración, y estresores medioambientales. El consumo de cannabis durante la adolescencia multiplica por cuatro el riesgo de padecer esquizofrenia. En la mayoría de los casos se presenta desde la adolescencia hasta los treinta años. Suele iniciar más temprano en hombres.

La esquizofrenia puede concebirse como la expresión de la interacción entre una vulnerabilidad genética, heredada en diversos grados de penetración, y estresores medioambientales. Participan en su fisiopatología sistemas de neurotransmisores (serotonina, dopamina, GABA, glutamato) y neuroreceptores correspondientes, además de hormonas. Comprende diversas áreas encefálicas, entre las que podemos destacar la corteza prefrontal, y los tractos mesolímbico y mesocortical. Existe evidencia importante acerca de la participación de una migración neuronal defectuosa en su fisiopatología. Se discute acerca de la participación viral.

En relación con los factores de riesgo, la influencia del medio ambiente dependerá del grado de herencia de la enfermedad. Ante una gran predisposición a la enfermedad, poco importantes serán los estresores. Por el contrario, ante escasa predisposición, se necesitarán estresores de importancia. El consumo de cannabis u otras sustancias, incrementa el riesgo de padecer el trastorno; así mismo, agrava su curso y empeora el pronóstico.

Diagnóstico

El diagnóstico de Esquizofrenia se hace tomando en cuenta los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia



Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social y laboral.

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

La gravedad de la enfermedad está sugerida en gran medida por la presencia de síntomas negativos prominentes, pobre adaptación previa, signos neurológicos suaves pobre respuesta al tratamiento, inicio temprano, subtipo desorganizado (hebefrénico), sexo masculino y ausencia de períodos de remisión (presentación continua).

La principal complicación es la agresión a otros o a sí mismos. El riesgo de suicidio es particularmente alto en la denominada depresión postesquizofrénica, pero puede darse en cualquier momento de la enfermedad. El riesgo es tan alto como en el trastorno depresivo mayor. De otro lado, con frecuencia la enfermedad se complica con uso de sustancias psicoactivas.

Diagnóstico diferencial: incluye las siguientes entidades:

1. trastorno esquizoafectivo
2. trastorno psicótico debido a enfermedad médica
3. trastorno psicótico inducido por sustancias
4. trastorno psicótico breve (trastorno psicótico agudo)
5. trastorno esquizofreniforme
6. trastornos bipolares
7. depresiones psicóticas
8. casos muy severos de trastorno obsesivo compulsivo
9. trastorno de estrés postraumático

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas y parcial de orina. Otros paraclínicos según criterio médico
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo
3. TAC cerebral o RMN ante sospecha de organicidad
4. Detección de tóxicos en orina (metabolitos de cocaína, anfetaminas y cannabis)



Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico de esquizofrenia es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica (trastornos por uso de sustancias, trastornos de personalidad) o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares.
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental. Especial atención a la función cardíaca.
- paraclínicos

Evaluar la seguridad del paciente y de los demás

Evaluar riesgo de agresión a otros considerando:

- alucinaciones que se impongan a la voluntad
- ideas de perjuicio, persecución, referencia o reivindicación
- trastornos premórbidos de la personalidad
- confusión mental
- disponibilidad de armas
- consumo de alcohol u otras sustancias

Evaluar riesgo suicida, considerando (véase guía correspondiente):

- ideas, planes o intentos suicidas
- alucinaciones que se impongan a la voluntad
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar según gravedad del riesgo

Evaluar estresores psicosociales. Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Determinar el ámbito de tratamiento



El ámbito de tratamiento se escoge considerando:

- situación clínica (gravedad, comorbilidad, riesgo de suicidio u homicidio, y nivel de funcionamiento)
- sistemas de apoyo disponibles
- capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo y de cooperar con el tratamiento
- alto riesgo de auto o heteroagresión
- comorbilidad médica o psiquiátrica
- ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio
- **elegir el ámbito de tratamiento menos restrictivo que sea clínicamente eficaz**

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Realizar seguimiento del estado psiquiátrico y de la seguridad

- Controlar los impulsos del paciente en cuanto a impulsos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás
- Atención al seguimiento de los cambios en el estado psiquiátrico
- Reevaluación diagnóstica según curso clínico o cambio de síntomas

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia

Tratar los primeros signos de recaídas

Informar al paciente y a la familia sobre riesgo de recaídas

- Enseñar a identificar nuevos episodios
- Explicar la importancia de la intervención temprana



Tratamiento de la fase aguda

1. Tratamiento farmacológico

Elección de un fármaco antipsicótico

- considerar los siguientes factores: eficacia de la respuesta, efectos secundarios, respuestas anteriores
- utilizar fármacos de alta potencia en caso de agitación

Las dosis de medicación antipsicótica equivalen al rango de 300 a 1000 mg al día de clorpromazina (la cual ya no suele utilizarse). Por ejemplo, 4 a 6 mg de risperidona o 10 a 20 mg de olanzapina.

No debe usarse la neuroleptización rápida

Atención al tratamiento de los trastornos comórbidos

Órdenes médicas:

1. Olanzapina 10 mg IM cada 12 - 24 horas (o haloperidol 5 a 10 mg IM cada 8 ó cada 12 horas). Use las dosis en el rango superior (haloperidol 30 mg/día u olanzapina 20 mg/día) en el paciente agitado y las menores (haloperidol 10 mg/día u olanzapina 10 mg/día) en el paciente inhibido.
2. Diazepam 10 mg cada 8 horas IV o IM. Al inicio del tratamiento puede utilizarse midazolam IV o IM
3. Paraclínicos: hemograma, glicemia, BUN, creatinina, transaminasas, urianálisis, VDRL, anti HIV; detección de metabolitos de cannabis, anfetaminas y cocaína en orina. Otros paraclínicos según criterio médico
4. EKG según criterio médico
5. Dieta corriente
6. Administrar líquidos endovenosos de rehidratación en caso de signos de deshidratación
7. Control de signos vitales cada 6 horas. Avisar cambios.
8. Inmovilizar PRN

Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en los diferentes centros de atención primaria, teniendo como referencia los que cuentan con servicios de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos con riesgo de auto o heteroagresión se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para pacientes sin estos riesgos (v.g. pacientes crónicos residuales) se dirigirán al servicio de consulta externa.



Resumen del tratamiento en urgencias del paciente psicótico

Paciente psicótico, en estado de agitación psicomotora

Esquema A:

1. Olanzapina 10 mg cada 12 o cada 24 horas IM
2. Benzodiazepinas (diazepam 10 mg c/8 horas IV ó IM)

Esquema B:

1. Haloperidol 10 mg cada 8 horas IM
2. Benzodiazepinas (diazepam 10 mg c/8 horas IV ó IM)
(o levomepromazina 25 mg c/8 horas o hidroxicina 25 mg c/8 horas)

En ambos esquemas solicitar paraclínicos y pruebas diagnósticas sugeridas según necesidad.

Administrar líquidos endovenosos en el paciente deshidratado.

Paciente psicótico, en estado de inhibición psicomotora

Esquema A:

1. Líquidos endovenosos para restitución y distribución
2. Olanzapina 10 mg cada 24 horas IM
3. Benzodiazepinas (diazepam 5 a 10 mg c/8 horas IV)

Esquema B:

1. Líquidos endovenosos para restitución y distribución
2. Haloperidol 5 mg cada 12 horas IM
3. Benzodiazepinas (diazepam a 10 mg c/8 horas IV)

En ambos esquemas solicitar paraclínicos y pruebas diagnósticas sugeridas según necesidad.

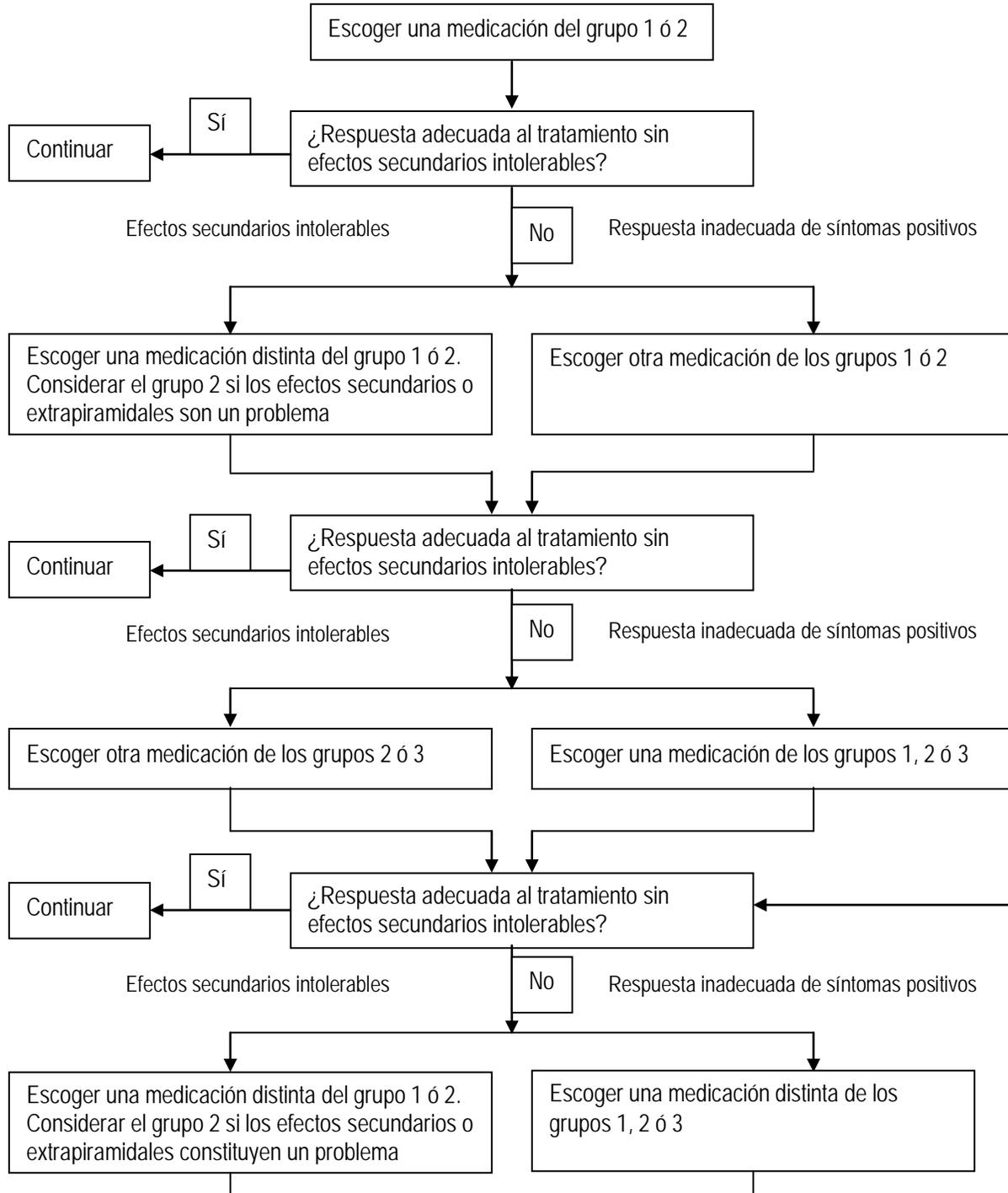
Considerar terapia electroconvulsiva si el paciente no responde.

Puede ser necesaria la alimentación por sonda nasogástrica



Flujograma. Tratamiento farmacológico de la fase aguda de la esquizofrenia

Grupo 1: medicación antipsicótica convencional.
Grupo 2: medicación atípica. Grupo 3: clozapina





Trastorno psicótico breve y trastorno esquizofreniforme

DEFINICIÓN

Trastorno psicótico breve

El trastorno psicótico breve consiste en la manifestación brusca y de corta duración de un cuadro de características psicóticas. Debe presentarse al menos uno de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. La duración de los síntomas es de al menos un día, pero máximo un mes. Posterior al episodio, el paciente volverá a su funcionamiento habitual. Debe descartarse cualquier causa orgánica, así como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo o un trastorno del ánimo con características psicóticas.

Trastorno esquizofreniforme

El trastorno esquizofreniforme se diagnostica cuando el paciente presenta por lo menos dos de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, los cuales deben expresarse durante un período que va de uno a seis meses de duración. Debe descartarse cualquier causa orgánica, así como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo o un trastorno del ánimo con características psicóticas.

ETIOLOGIA

Los trastornos psicóticos breves y esquizofreniformes suelen corresponder en el fenotipo comportamental a la expresión temporal de una predisposición genética, de desajustes importantes en la personalidad (por ejemplo, personalidad límite) o de un déficit en la eficacia de los estilos de afrontamiento del individuo (por ejemplo, funcionamiento intelectual bajo, trastornos de personalidad). Sin embargo, dado que es imposible hasta la fecha predecir quien ha heredado dicha predisposición genética y quien no, se considera que estos trastornos pueden presentarse virtualmente en cualquier individuo ante un estresor suficientemente severo. La ausencia de estresores que actúen como desencadenantes es indicativa de alta predisposición hacia la psicosis.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Es frecuente el antecedente inmediato de estresores. Por ejemplo, situaciones de combate, torturas, duelos. El consumo de cannabis u otras sustancias, incrementa el riesgo de presentar un trastorno psicótico; así mismo, agrava su curso y empeora el pronóstico. En cuanto a la genética, se hereda la susceptibilidad a sufrir un trastorno de este tipo. Los trastornos de la personalidad que más se asocian con este tipo de trastornos con la límite y la esquizotípica. Así mismo, un bajo cociente intelectual suele asociarse con el trastorno psicótico breve. Se considera que los procesos de aculturación favorecen las psicosis.



DIAGNÓSTICO

Los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana para el **Trastorno psicótico breve** son los siguientes:

Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Subtipos:

Con desencadenante grave (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Sin desencadenante grave: si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

Trastorno esquizofreniforme

El diagnóstico del **Trastorno esquizofreniforme** se hace considerando en esencia los mismos síntomas de la esquizofrenia. El paciente debe presentar por lo menos dos de los siguientes síntomas:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado



La duración de un episodio de la alteración es de un mes a seis meses.

Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ya que no se refieren episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos.

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Diagnóstico diferencial: incluye las siguientes entidades:

1. trastorno psicótico debido a enfermedad médica
2. trastorno psicótico inducido por sustancias
3. trastorno esquizoafectivo
4. esquizofrenias
5. trastornos bipolares
6. depresiones psicóticas
7. trastorno de estrés postraumático
8. trastornos de adaptación
9. trastornos disociativos

EXAMENES AUXILIARES

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas y parcial de orina. Otros paraclínicos según criterio médico
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo
3. TAC cerebral o RMN ante sospecha de organicidad
4. Detección de tóxicos en orina (metabolitos de cocaína y cannabis)

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico es correcto.

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica (trastornos por uso de sustancias, trastornos de personalidad) o médica.

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares.



- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental. Especial atención a la función cardíaca.
- paraclínicos

Evaluar la seguridad del paciente y de los demás

Evaluar riesgo de agresión a otros considerando:

- alucinaciones que se impongan a la voluntad
- ideas de perjuicio, persecución, referencia o reivindicación
- trastornos premórbidos de la personalidad
- confusión mental
- disponibilidad de armas
- consumo de alcohol u otras sustancias

Evaluar riesgo suicida, considerando:

- ideas, planes o intentos suicidas
- alucinaciones que se impongan a la voluntad
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos suicidas
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar según gravedad del riesgo.

Evaluar estresores psicosociales:

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Determinar el ámbito de tratamiento:

El ámbito de tratamiento se escoge considerando:

- situación clínica (gravedad, comorbilidad, riesgo de suicidio u homicidio, y nivel de funcionamiento)
- sistemas de apoyo disponibles
- capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo y de cooperar con el tratamiento
- alto riesgo de auto o heteroagresión
- comorbilidad médica o psiquiátrica
- ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio
- **uso del ámbito de tratamiento menos restrictivo que sea clínicamente eficaz**



Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Realizar seguimiento del estado psiquiátrico y de la seguridad

- Controlar los impulsos del paciente en cuanto a impulsos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás
- Atención al seguimiento de los cambios en el estado psiquiátrico
- Reevaluación diagnóstica según curso clínico o cambio de síntomas

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno depresivo mayor es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia

Tratar los primeros signos de recaídas

Informar al paciente y a la familia sobre riesgo de recaídas

- Enseñar a identificar nuevos episodios
- Explicar la importancia de la intervención temprana

Tratamiento farmacológico

Elección de un fármaco antipsicótico

- considerar los siguientes factores: eficacia de la respuesta, efectos secundarios, respuestas anteriores
- utilizar fármacos de alta potencia en caso de agitación

Las dosis de medicación antipsicótica equivalen al rango de 300 a 1000 mg al día de clorpromazina (la cual ya no suele utilizarse). Por ejemplo, 4 a 6 mg de risperidona o 10 a 20 mg de olanzapina.

- No debe usarse la neuroleptización rápida
- Tratamiento de los trastornos comórbidos



Órdenes médicas:

1. Olanzapina 10 mg IM cada 24 horas (o haloperidol 5 a 10 mg IM cada 8 horas)
2. Diazepam 10 mg cada 8 horas IV o IM
3. Paraclínicos: hemograma, glicemia, BUN, creatinina, transaminasas, urianálisis, VDRL, anti HIV; detección de metabolitos de cannabis y cocaína en orina. Otros paraclínicos según criterio médico
4. EKG según criterio médico
5. Dieta corriente
6. Administrar líquidos endovenosos de restitución en caso de signos de deshidratación
7. Control de signos vitales cada 6 horas. Avisar cambios.
8. Inmovilizar PRN. Es preferible la inmovilización por las cuatro extremidades (y eventualmente por el tórax) con el fin de disminuir riesgo de lesiones.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Las remisiones se originarán en los diferentes centros de atención primaria, teniendo como referencia los que cuentan con servicios de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad.. Las remisiones se dirigirán al servicio de urgencias.



Resumen del tratamiento en urgencias del paciente psicótico

Paciente psicótico, en estado de agitación psicomotora

Esquema A:

3. Olanzapina 10 mg cada 12 o cada 24 horas IM
4. Benzodiazepinas (diazepam 10 mg c/8 horas IV ó IM)

Esquema B:

3. Haloperidol 10 mg cada 8 horas IM
4. Benzodiazepinas (diazepam 10 mg c/8 horas IV ó IM)
(o levomepromazina 25 mg c/8 horas o hidroxicina 25 mg c/8 horas)

En ambos esquemas solicitar paraclínicos y pruebas diagnósticas sugeridas según necesidad.

Administrar líquidos endovenosos en el paciente deshidratado.

Paciente psicótico, en estado de inhibición psicomotora

Esquema A:

4. Líquidos endovenosos para restitución y distribución
5. Olanzapina 10 mg cada 24 horas IM
6. Benzodiazepinas (diazepam 5 a 10 mg c/8 horas IV)

Esquema B:

4. Líquidos endovenosos para restitución y distribución
5. Haloperidol 5 mg cada 12 horas IM
6. Benzodiazepinas (diazepam a 10 mg c/8 horas IV)

En ambos esquemas solicitar paraclínicos y pruebas diagnósticas sugeridas según necesidad.

Considerar terapia electroconvulsiva si el paciente no responde.

Puede ser necesaria la alimentación por sonda nasogástrica

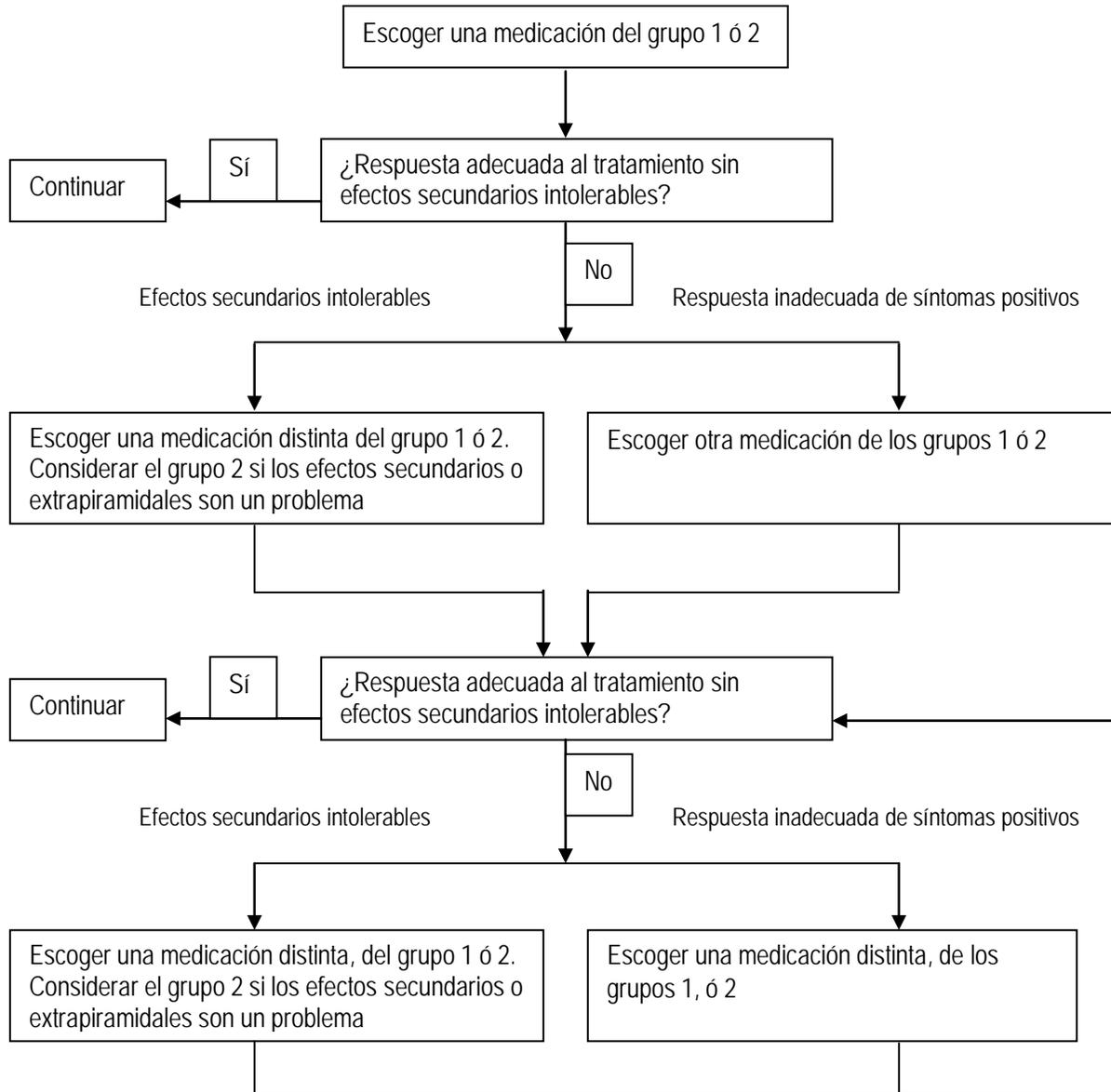


FLUJOGRAMA

Tratamiento farmacológico del trastorno psicótico breve

Grupo 1: medicación antipsicótica convencional.

Grupo 2: medicación atípica (excepto clozapina)





Trastorno esquizoafectivo.

Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar
Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

Definición

El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por la concomitancia de síntomas psicóticos y del estado de ánimo a lo largo de toda la enfermedad. El paciente presenta tanto síntomas característicos de la esquizofrenia como episodios depresivos o maníacos. Se distinguen básicamente los subtipos bipolar y depresivo, de acuerdo a las características del síndrome anímico. Se presenta en alrededor del 0.6% al 1% de la población mundial, sin diferencias significativas entre razas, culturas o nivel socioeconómico. Probablemente es más frecuente en mujeres. Su expresión puede concebirse como la interacción entre una vulnerabilidad genética y estresores medioambientales. En la mayoría de los casos se presenta desde la adolescencia hasta los cuarenta años, con un inicio más temprano en hombres, al igual que en la esquizofrenia

El trastorno esquizoafectivo puede concebirse como la expresión de la interacción entre una vulnerabilidad genética y estresores medioambientales. Participan en su fisiopatología sistemas de neurotransmisores (serotonina, dopamina, GABA, noradrenalina, glutamato) y neurorreceptores correspondientes, además de hormonas. Comprende diversas áreas encefálicas, entre las que podemos destacar la corteza prefrontal, y los tractos mesolímbico y mesocortical.

En relación con los factores de riesgo asociados, los estresores medioambientales actúan como disparadores de la enfermedad. El consumo de sustancias incrementa el riesgo de padecer el trastorno, agrava su curso y empeora el pronóstico. Respecto a los factores hereditarios, se hereda en mayor o menor grado la predisposición a la enfermedad. Como otro factor de riesgo importante, se ha reportado su relación con el trastorno esquizotípico de la personalidad

Diagnóstico

El trastorno esquizoafectivo es una enfermedad caracterizada por la presencia de los síntomas que caracterizan la esquizofrenia, simultáneamente con episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos.

Ambos grupos de síntomas, tanto psicóticos como del ánimo, dominan el cuadro clínico. Sin embargo, los síntomas psicóticos no necesariamente se presentan en asociación con síntomas anímicos graves.

Cuando la alteración del ánimo consiste en síntomas depresivos o mixtos, el riesgo de suicidio en el trastorno esquizoafectivo es tan alto como en el trastorno depresivo mayor.



Los siguientes son los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association:

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Existen dos tipos del trastorno esquizoafectivo:

- Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)
- Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar

Lo que confiere la característica de bipolaridad es la presencia de síntomas maníacos o mixtos. Los síntomas esquizofrénicos y los maníacos (o mixtos) son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor se manifiesta generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. Existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Los síntomas psicóticos son los mismos de la esquizofrenia.

Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotora, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Al mismo tiempo o dentro del mismo episodio están presentes otros síntomas típicamente esquizofrénicos. Los trastornos esquizoafectivos de tipo depresivo suelen ser habitualmente menos floridos y alarmantes que los episodios esquizoafectivos de tipo maníaco, pero tienden a durar más y el pronóstico es menos favorable. Aunque la mayoría de enfermos se recuperan completamente, algunos desarrollan con el tiempo un deterioro esquizofrénico. El riesgo de suicidio es tan alto como en el trastorno depresivo mayor.



El diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo incluye los siguientes:

1. esquizofrenias
2. trastorno psicótico debido a enfermedad médica
3. trastorno psicótico inducido por sustancias
4. trastorno esquizofreniforme
5. trastornos bipolares
6. depresiones psicóticas
7. trastorno de estrés postraumático

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas y parcial de orina. Otros paraclínicos según criterio médico
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo
3. TAC cerebral o RMN ante sospecha de organicidad
4. Detección de tóxicos en orina (metabolitos de cocaína y cannabis)

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica (trastornos por uso de sustancias, trastornos de personalidad) o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares.
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental. Especial atención a la función cardíaca.
- paraclínicos

Evaluar la seguridad del paciente y de los demás

Evaluar riesgo de agresión a otros considerando:

- alucinaciones que se impongan a la voluntad
- ideas de perjuicio, persecución, referencia o reivindicación
- trastornos premórbidos de la personalidad
- confusión mental



- disponibilidad de armas
- consumo de alcohol u otras sustancias

Evaluar riesgo suicida, considerando:

- ideas, planes o intentos suicidas
- alucinaciones que se impongan a la voluntad
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar según gravedad del riesgo.

Evaluar estresores psicosociales:

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Determinar el ámbito de tratamiento

El ámbito de tratamiento se escoge considerando:

- situación clínica (gravedad, comorbilidad, riesgo de suicidio u homicidio, y nivel de funcionamiento)
- sistemas de apoyo disponibles
- capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo y de cooperar con el tratamiento
- alto riesgo de auto o heteroagresión
- comorbilidad médica o psiquiátrica
- ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio
- **uso del ámbito de tratamiento menos restrictivo que sea clínicamente eficaz**

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Realizar seguimiento del estado psiquiátrico y de la seguridad

- Controlar los impulsos del paciente en cuanto a impulsos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás
- Atención al seguimiento de los cambios en el estado psiquiátrico
- Reevaluación diagnóstica según curso clínico o cambio de síntomas



Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno esquizoafectivo es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia

Tratar los primeros signos de recaídas

Informar al paciente y a la familia sobre riesgo de recaídas

- Enseñar a identificar nuevos episodios
- Explicar la importancia de la intervención temprana

Tratamiento de la fase aguda

1. Tratamiento farmacológico

Elección de un fármaco antipsicótico (idealmente un antipsicótico atípico, por su efecto estabilizador del humor)

- considerar los siguientes factores: eficacia de la respuesta, efectos secundarios, respuestas anteriores
- utilizar fármacos de alta potencia en caso de agitación
- Las dosis de medicación antipsicótica equivalen al rango de 300 a 1000 mg al día de clorpromazina (la cual ya no suele utilizarse). Por ejemplo, 4 a 6 mg de risperidona o 10 a 20 mg de olanzapina.

Elección de un estabilizador del ánimo. Pueden utilizarse:

- Ácido valproico 15 a 60 mg por kilogramo de peso por día, repartidos en tres dosis (generalmente se inicia con dosis de 750 a 1500 mg al día). Puede exacerbar síntomas dispépticos
- Carbamazepina 400 a 1200 mg al día, repartidos en tres dosis

No debe usarse la neuroleptización rápida

Tratamiento de los trastornos comórbidos

Considere la terapia electroconvulsiva si existe riesgo alto de suicidio.



Órdenes médicas:

1. Olanzapina 10 mg IM cada 12 o cada 24 horas (o haloperidol 5 a 8 mg IM cada 8 horas)
2. Ácido valproico 250 a 500 mg cada 8 horas VO
3. Diazepam 10 mg cada 8 horas IV (pasar a lorazepam o clonazepam tan pronto se maneje la agitación y acepte la vía oral)
4. Paraclínicos: hemograma, glicemia, BUN, creatinina, transaminasas, urianálisis, VDRL, anti HIV; detección de metabolitos de cannabis y cocaína en orina. Otros paraclínicos según criterio médico
5. EKG según criterio médico
6. Dieta corriente
7. Administrar líquidos endovenosos de restitución en caso de signos de deshidratación
8. Control de signos vitales cada 6 horas. Avisar cambios.
9. Inmovilizar PRN

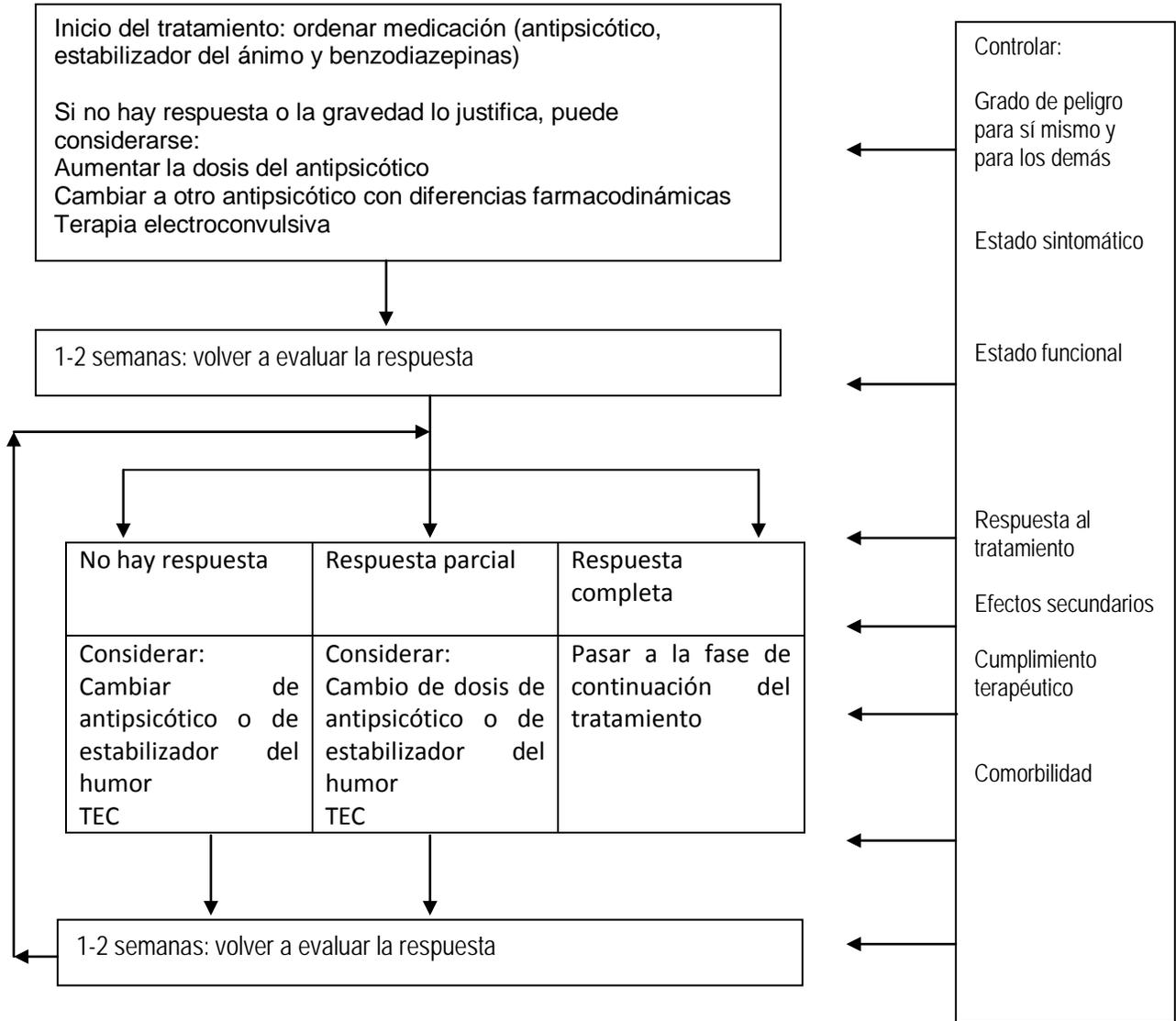
Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en los diferentes centros de atención primaria, teniendo como referencia aquellos que cuentan con servicio de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos con riesgo de auto o heteroagresión, o que por cualquier motivo impliquen necesidad de hospitalización inmediata se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para pacientes sin estos riesgos se dirigirán al servicio de consulta externa.



Flujograma

Tratamiento farmacológico de la fase aguda del trastorno esquizoafectivo





Trastorno de pánico (trastorno de angustia)

El trastorno de pánico o trastorno de angustia consiste en la aparición repetida de episodios de miedo o malestar marcados que se acompañan de síntomas autonómicos y psicológicos. Al contrario de lo que sucede en las fobias, en el trastorno de pánico los episodios no se relacionan con la presencia de una situación específica, sino que se presentan espontáneamente, en cualquier circunstancia. Estos episodios tienen una duración breve, limitándose a minutos; sin embargo, por el malestar tan grave que ocasionan, el paciente los vive como si fueran mucho más prolongados. En relación con la severidad de los ataques, con frecuencia son tan graves que ameritan la búsqueda inmediata de atención por urgencias, mientras que otros únicamente alcanzan un estado de escasa intensidad y duran muy poco tiempo; se conocen como ataques de pánico con síntomas limitados. La frecuencia de las crisis es variable; en algunos pacientes se presentarán a diario, mientras que en otros los períodos asintomáticos serán de varias semanas. Muchos pacientes desarrollan ansiedad anticipatoria ante la expectativa de nuevos ataques. Este estado de ansiedad flotante no debe confundirse con las verdaderas crisis de pánico.

La prevalencia del trastorno de pánico está en promedio en el 2.5% de la población, afectando dos a tres veces más a las mujeres que a los hombres.

La principal complicación del trastorno de pánico es el trastorno depresivo mayor, el cual puede llegar a presentarse en el 80% de los pacientes.

Con respecto a su etiología, los trastornos de ansiedad se interpretan como el resultado de la interacción de múltiples elementos. Por ejemplo, la herencia es uno de los factores involucrados en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, fenómeno reconocido desde finales del siglo XIX, aunque los conceptos psicodinámicos la teoría del aprendizaje dominaron su estudio hasta la década de 1980. Sin embargo, en especial respecto al trastorno de pánico en particular, cada vez se presta más atención al papel de los factores genéticos en su etiología.

Entre las estructuras anatómicas relacionadas con el trastorno de pánico se enumeran el núcleo del locus coeruleus, el hipocampo, el giro parahipocámpico, la amígdala, el cerebelo anteromedial y la corteza prefrontal. Los sistemas de neurotransmisores implicados incluyen los de noradrenalina, serotonina, benzodiazepinas y colecistoquininas.

Respecto a los factores psicosociales, la teoría psicoanalítica considera la ansiedad la expresión de conflictos intrapsíquicos sin resolver; la teoría cognitiva la considera el resultado de pensamientos desadaptativos automáticos, resultado a su vez de creencias primarias y secundarias distorsionadas; y la teoría conductista la considera como un patrón de respuesta maladaptativo ante malinterpretadas señales de peligro.

Al igual que ocurre con otros trastornos de ansiedad, el consumo de alcohol u otras sustancias (tabaquismo, por ejemplo), así como la falta de ejercicio físico y el manejo inadecuado del estrés



incrementan el riesgo de padecer el trastorno. Los estresores medioambientales importantes favorecen la presentación del trastorno.

Diagnóstico

El trastorno de pánico se diagnostica cuando el paciente experimenta ataques de pánico recurrentes. Estos ataques de pánico se presentan en cualquier circunstancia, sin que haya necesariamente relación con un evento desencadenante aparente. Un ataque de pánico se define como un episodio de miedo intenso acompañado de por lo menos cuatro síntomas autonómicos o cognitivos del listado que a continuación se enumera.

Los **ataques de pánico** consisten en episodios de miedo o malestar intensos, acompañados de cuatro o más de los siguientes síntomas, y que alcanzan su máxima expresión en un período de 10 minutos.

- palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- sudoración
- temblores o sacudidas
- sensación de ahogo o falta de aliento
- sensación de atragantarse
- opresión o malestar torácico
- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o desmayo
- desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de extrañeza o de estar separado de uno mismo)
- miedo a morir, a perder el control o a volverse loco
- parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo)
- escalofríos o sofocaciones

El **Trastorno de pánico** se diagnostica, de acuerdo al DSM IV TR, cuando se cumplen los siguientes requisitos:

1. El individuo ha presentado crisis de pánico inesperadas y recidivantes
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante al menos un mes de por lo menos uno de los siguientes síntomas:

- inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- cambio significativo del comportamiento relacionado con el hecho de estar sufriendo las crisis



Se deben excluir causas orgánicas, tales como enfermedades médicas o sustancias de cualquier tipo. Las crisis tampoco serán debidas a otra enfermedad psiquiátrica.

Subtipos

De acuerdo a la presencia o ausencia de agorafobia, se distinguen dos subtipos del trastorno de pánico:

- a. Trastorno de pánico con agorafobia
- b. Trastorno de pánico sin agorafobia

La **agorafobia** se define como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar o recibir ayuda puede resultar difícil en el caso de aparecer una crisis de angustia.

Los temores agorafóbicos suelen relacionarse con un conjunto de situaciones características, típicamente relacionadas estar sólo fuera de casa, especialmente en lugares atestados de gente. El paciente evita este tipo de situaciones y busca la compañía de un “compañero fóbico”.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye las siguientes entidades:

1. enfermedades médicas generales como la angina de pecho, alteraciones tiroideas y paratiroideas, crisis parciales autonómicas, hipoglucemia, feocromocitoma, etc.
2. intoxicación por sustancias (por ejemplo, cocaína, anfetaminas, cafeína, etc)
3. trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
4. trastorno de ansiedad inducido por sustancias
5. trastornos depresivos
6. trastorno mixto de ansiedad y depresión
7. trastorno de ansiedad generalizada
8. trastornos somatomorfos
9. fobia social
10. fobias específicas

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas, parcial de orina
2. T3, T4, TSH y Otros paraclínicos según criterio médico
3. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo



Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar estresores psicosociales

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno de pánico es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia



Tratamiento de la fase aguda

1. Tratamiento farmacológico

Escogencia de un fármaco:

El tratamiento del trastorno de pánico se hace generalmente combinando antidepresivos y benzodiazepinas. Las benzodiazepinas tienen riesgo de causar dependencia, por lo que se prefiere utilizarlas durante períodos relativamente breves; tampoco deben utilizarse como monoterapia. El manejo a largo plazo se hace con antidepresivos.

El tratamiento farmacológico del trastorno de pánico se basa en los antidepresivos. Las benzodiazepinas proporcionan el alivio inmediato, mas no el control del problema fundamental.

Para el tratamiento farmacológico se recomienda lo siguiente:

Antidepresivos:

- Un Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina: fluoxetina 20 mg al día, o sertralina 50 mg al día
- también puede utilizarse imipramina. Iniciar con 25 a 50 mg al día e incrementar a 75 mg al día durante la primera semana de tratamiento

Benzodiazepinas: las benzodiazepinas más utilizadas para el control de la ansiedad son el clonazepam y el alprazolam. El alprazolam sublingual (1 mg en promedio) es una excelente opción para el control de los síntomas ansiosos en la urgencia. En su defecto puede administrarse diazepam o midazolam IM.

Órdenes médicas:

1. sertralina 50 mg VO 8:00 AM (o fluoxetina 20 mg VO 8 AM)
2. clonazepam 0.5 mg cada 8 (ó cada 12) horas VO como dosis de inicio
3. hemograma, glicemia, BUN, creatinina, transaminasas, parcial de orina
4. T3, T4 y TSH a criterio del médico tratante
5. Si por cualquier motivo va a hidratar al paciente, evite en lo posible el uso de lactato de Ringer (contiene lactato de sodio, capaz de evocar crisis de angustia)

Psicoterapia

La tendencia actual se dirige a la terapia cognitivo-conductual.

- Educar al paciente sobre la naturaleza del trastorno y el pronóstico representa una disminución de la carga de ansiedad.



- Enséñese al paciente cómo controlar los episodios de ansiedad mediante la práctica de la respiración lenta y abdominal. También es útil respirar en una bolsa de papel.

Educación

Debe brindarse toda la información necesaria a pacientes y familiares acerca del trastorno, el tratamiento y el pronóstico.

Referencia y contrarreferencia

En general el manejo de la crisis de angustia se hace en el contexto de urgencias y se deriva al paciente a consulta externa. Sin embargo, ante particular gravedad o sospecha de organicidad, la remisión de urgencias se hará al servicio correspondiente (por ejemplo, medicina interna o psiquiatría).

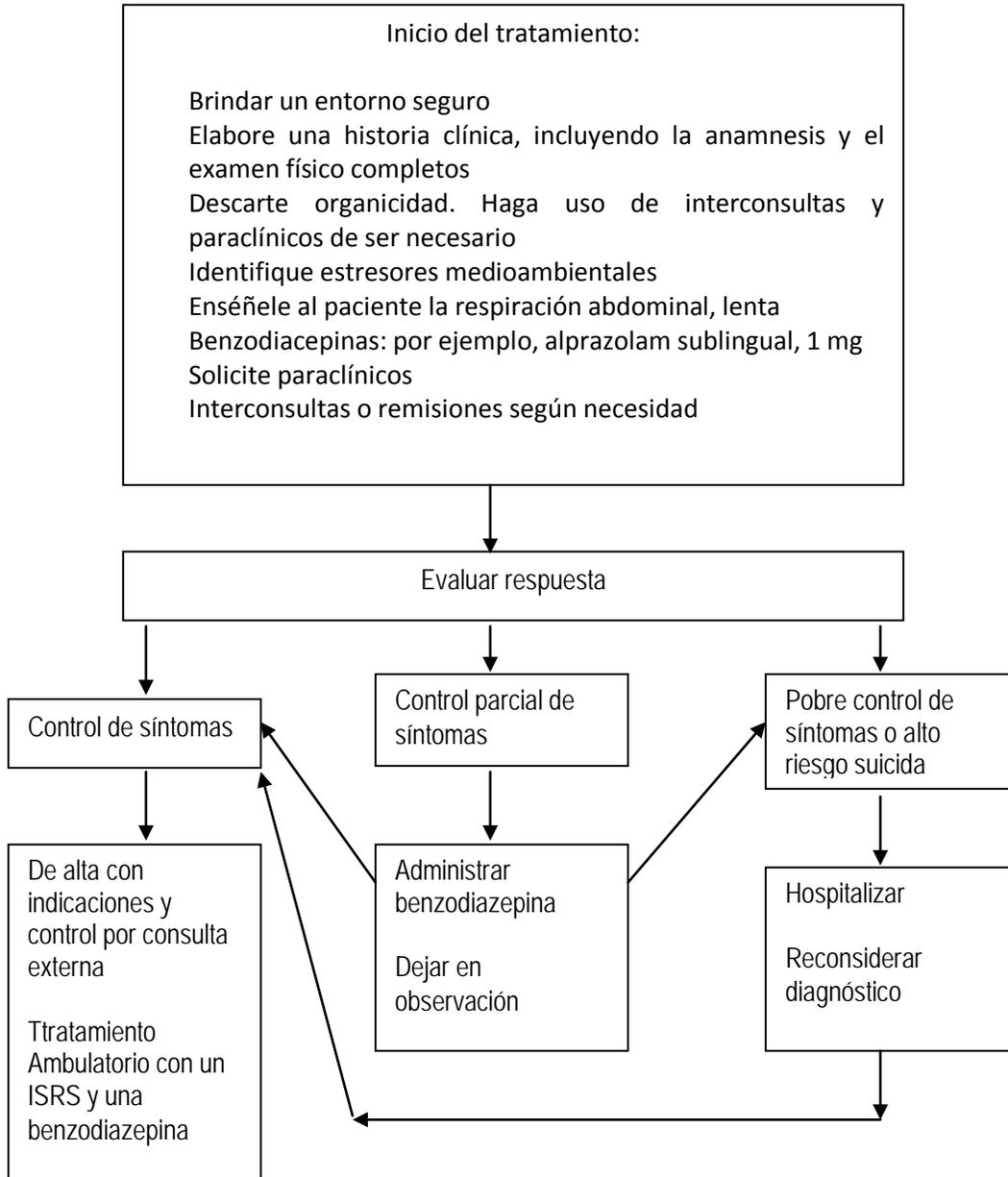
Las remisiones se originarán en las diferentes unidades de atención primaria o secundaria, teniendo como referencia las que cuentan con servicio de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad.

Nota: ante sospecha de organicidad solicite las interconsultas o haga las remisiones a servicios médicos que considere necesarias.



Flujograma

Tratamiento en urgencias del trastorno de pánico





Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno mixto de ansiedad y depresión

La característica esencial del TAG es, como su nombre lo indica, una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar enferme o tenga un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. Su prevalencia de vida es de alrededor del 5% de la población. En la mayoría de los casos se presenta ansiedad clínicamente importante desde la niñez o la adolescencia.

En el trastorno mixto de ansiedad y depresión están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría de trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

En cuanto a los factores biológicos, gran parte de las investigaciones se han concentrado en el lóbulo occipital, el cual posee la mayor concentración de receptores benzodiazepínicos en el cerebro. También se han involucrado el sistema límbico, los ganglios basales y la corteza frontal. Los sistemas de neurotransmisores más afectados parecen ser los de la serotonina, noradrenalina y colecistoquinina. En un 25% de pacientes se reportan familiares afectados. Respecto a los factores psicosociales, la teoría psicoanalítica considera la ansiedad la expresión de conflictos intrapsíquicos sin resolver; la teoría cognitiva la considera el resultado de pensamientos desadaptativos automáticos, resultado a su vez de creencias primarias y secundarias distorsionadas; y la teoría conductista la considera como un patrón de respuesta maladaptativo ante malinterpretadas señales de peligro.



El papel del medio ambiente es de suma importancia. Por ejemplo, problemas de grupo de apoyo primario, problemas económicos, problemas ocupacionales, cualquier tipo de amenaza contra la integridad personal, etc. El consumo de alcohol u otras sustancias (tabaquismo, por ejemplo), así como la falta de ejercicio físico y el manejo inadecuado del estrés incrementan el riesgo de padecer el trastorno. En cuanto a los factores hereditarios, se ha reportado la enfermedad en los familiares del 25% de los pacientes afectados por este trastorno

Diagnóstico

Para diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada, el afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La principal complicación es el desarrollo de síntomas depresivos importantes.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye las siguientes entidades:

1. trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
2. trastorno de ansiedad inducido por sustancias
3. trastornos depresivos
4. trastorno mixto de ansiedad y depresión
5. trastorno obsesivo compulsivo
6. trastorno de angustia (trastorno de pánico)
7. trastorno por estrés postraumático
8. trastornos somatomorfos
9. fobia social
10. agorafobia sin ataques de pánico

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas, parcial de orina
2. T3, T4, TSH y Otros paraclínicos según criterio médico



3. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar estresores psicosociales

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno de ansiedad generalizada es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento
- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia



Tratamiento de la fase aguda

1. Tratamiento farmacológico

Escogencia de un fármaco:

El tratamiento de la ansiedad generalizada se hace generalmente combinando antidepresivos y benzodiazepinas. Las benzodiazepinas tienen riesgo de causar dependencia, por lo que se prefiere utilizarlas durante períodos relativamente breves; tampoco deben utilizarse como monoterapias. El manejo a largo plazo se hace con antidepresivos. La buspirona no ha demostrado mayor eficacia que los anteriores, y las dosis ansiolíticas (30 mg al día) conlleva efectos colaterales molestos; además, su inicio de acción se da después de 3 semanas de tratamiento, en contraste con las benzodiazepinas, las cuales poseen inicio de acción inmediato.

En general no debe hacerse monoterapia con benzodiazepinas. Lo ideal es prescribir simultáneamente antidepresivos (idealmente ISRS) y benzodiazepinas.

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad se basa en los antidepresivos. Las benzodiazepinas proporcionan el alivio inmediato, pero no el control del problema fundamental.

Para el tratamiento farmacológico se recomienda lo siguiente:

Antidepresivos:

- Un Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina: fluoxetina 20 mg al día, o sertralina 50 mg al día
- La venlafaxina a dosis entre 37.5 y 75 mg al día puede usarse como terapia inicial
- También puede utilizarse un antidepresivo tricíclico: amitriptilina o maprotilina. En ambos casos iniciar con 25 a 50 mg al día e incrementar a 75 mg al día durante la primera semana de tratamiento

Benzodiazepinas: las benzodiazepinas más utilizadas para el control de la ansiedad son el clonazepam y el alprazolam. El alprazolam sublingual (1 mg) es una excelente opción para el control de los síntomas ansiosos en la urgencia.

Órdenes médicas:

1. sertralina 50 mg VO 8:00 AM (o fluoxetina 20 mg VO 8 AM)
2. clonazepam 0.5 mg cada 8 (ó cada 12) horas VO como dosis de inicio
3. hemograma, glicemia, BUN, creatinina, transaminasas, parcial de orina
4. T3, T4 y TSH a criterio del médico tratante

Psicoterapia

La tendencia actual se dirige a la terapia cognitivo-conductual.



Educación

Debe brindarse toda la información necesaria a pacientes y familiares acerca del trastorno, el tratamiento y el pronóstico.

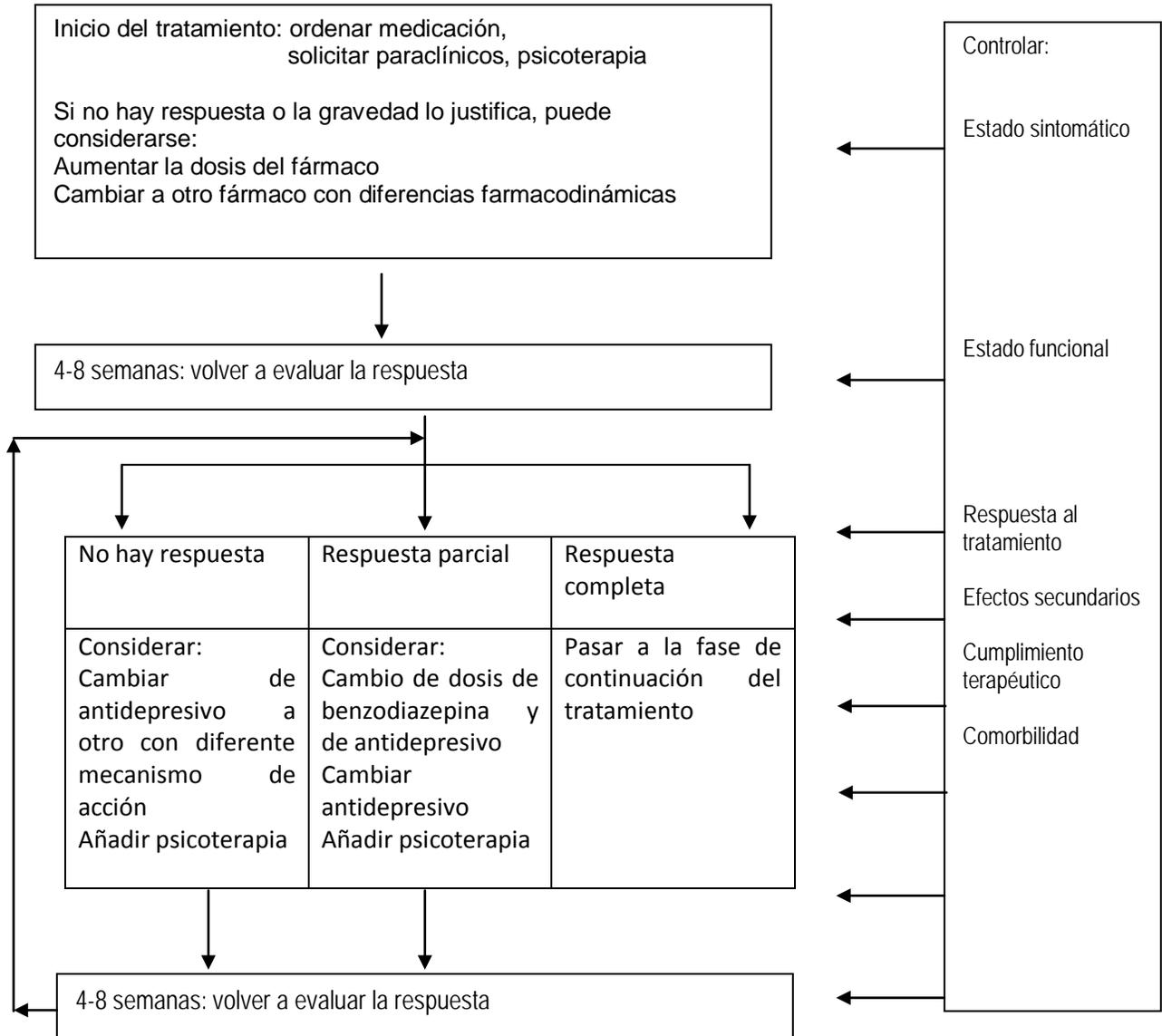
Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en las diferentes unidades de atención primaria o secundaria, teniendo como referencia las que cuentan con servicio de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos agudos o graves se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para cuadros leves o moderados se dirigirán al servicio de consulta externa.



Flujograma

Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada





Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático consiste en un síndrome que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés postraumático son: episodios reiterados de volver a experimentar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Por definición, el estresor es el principal factor implicado en la fisiopatología del estrés postraumático. Sin embargo, no todo individuo que experimenta un evento traumático desarrolla el síndrome, así que el evento no es suficiente. Deben considerarse factores biológicos y psicosociales y eventos posteriores al trauma. Se hace mayor énfasis en la respuesta subjetiva del individuo ante el estresor, antes que en la severidad del trauma. Los rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, historia remota o reciente de eventos estresantes y la carencia de apoyo familiar o social se consideran importantes en la génesis del síndrome. Los factores biológicos implicados incluyen diversos sistemas de neurotransmisores, como la norepinefrina, dopamina, opiáceos endógenos, y receptores benzodiazepínicos; el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal; e incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los eventos estresantes previos explicarían la mayor predisposición al síndrome mediante el fenómeno del *kindling* neuronal.



Los factores predisponentes que parecen desempeñar un papel principal en determinar si se desarrolla el síndrome incluyen eventos traumáticos durante la niñez; rasgos de personalidad paranoide, limítrofe, dependiente o antisocial; sistemas de apoyo insuficientes; vulnerabilidad genética; cambios vitales estresantes recientes; percepción de un locus de control externo antes que interno; e ingesta reciente e importante de alcohol.

Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico de estrés postraumático, la persona debe haber estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Hay evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma



3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

Se dan síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

Las alteraciones mencionadas se prolongan durante más de 1 mes.

Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno de estrés postraumático se considera agudo si los síntomas duran menos de 3 meses
Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Se califica como de inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

La gravedad de la enfermedad está sugerida en gran medida por la presencia de embotamiento de la reactividad general del individuo, pues este grupo de síntomas es el que representa mayor desafío terapéutico. La principal complicación es la cronificación del cuadro, lo que puede dar lugar a cambios de personalidad relacionados con experiencias catastróficas. El riesgo de suicidio no es despreciable.



Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye las siguientes entidades:

1. trastorno de estrés agudo
2. trastornos adaptativos
3. trastornos depresivos
4. trastorno de ansiedad generalizada
5. trastorno mixto de ansiedad y depresión
6. trastorno de pánico, con agorafobia
7. trastornos psicóticos
8. trastorno esquizoafectivo
9. depresiones psicóticas

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas y parcial de orina. Otros paraclínicos según criterio médico
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar la seguridad del paciente y de los demás

Evaluar riesgo suicida, considerando:

- ideas, planes o intentos suicidas
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de síntomas psicóticos o ansiedad grave



- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar según gravedad del riesgo.

Evaluar estresores psicosociales:

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Determinar el ámbito de tratamiento

El ámbito de tratamiento se escoge considerando:

- situación clínica (gravedad, comorbilidad, riesgo de suicidio u homicidio, y nivel de funcionamiento)
- sistemas de apoyo disponibles
- capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo y de cooperar con el tratamiento

Considerar hospitalización en caso de:

- alto riesgo de auto o heteroagresión
- depresión grave sin apoyo social adecuado
- comorbilidad médica o psiquiátrica
- ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Realizar seguimiento del estado psiquiátrico y de la seguridad

- Controlar los impulsos del paciente en cuanto a impulsos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás
- Atención al seguimiento de los cambios en el estado psiquiátrico
- Reevaluación diagnóstica según curso clínico o cambio de síntomas

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno por estrés post-traumático es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Incrementar el cumplimiento con la medicación haciendo énfasis en:

- posología
- tiempo necesario para observar mejoría
- necesidad de continuar tratamiento a pesar de la mejoría
- necesidad de consultar antes de suspender el tratamiento



- qué debe hacerse si aparecen problemas
- simplificar la medicación en los ancianos
- considerar psicoterapia

Tratar los primeros signos de recaídas.

Informar al paciente y a la familia sobre riesgo de recaídas

- Enseñarles a identificar nuevos episodios
- Explicar la importancia de la intervención temprana

Tratamiento de la fase aguda

Elección de fármacos

Nota: el tratamiento se realizará de acuerdo al síndrome dominante:

1. En caso de prominencia de pensamientos intrusivos, imágenes en flashback, embotamiento afectivo, retraimiento, pérdida del interés y del placer, dificultad para concentrarse, síntomas disociativos, culpa o vergüenza, se sugiere emplear ISRS, venlafaxina o antidepresivos tricíclicos.
2. Ante temores relacionados con el trauma, pánico y evitación, se sugiere utilizar ISRS, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos o clonazepam
3. Ante ansiedad generalizada (hiperactivación, hipervigilancia) se sugieren los ISRS, venlafaxina o antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas o antiadrenérgicos (betabloqueadores)
4. Si los trastornos del sueño son un hallazgo prominente, se sugiere el uso de trazodone, zolpidem, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos o benzodiazepinas (v.g. clonazepam)
5. La irritabilidad y las explosiones de ira pueden manejarse con ISRS, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos, antiadrenérgicos o estabilizadores del ánimo (v.g. divalproato de sodio)
6. Los antipsicóticos atípicos (v.g. olanzapina) pueden utilizarse en caso de extrema agitación o refractariedad de los síntomas

Por otra parte, cuando el estresor principal está dado por situaciones de combate militar, se sugiere el empleo de ISRS, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos o estabilizadores del ánimo (v.g. divalproato de sodio).

Psicoterapia

Diversas modalidades psicoterapéuticas están indicadas, entre ellas:

1. terapia cognitiva
2. terapia de exposición a estímulos
3. psicoeducación



4. manejo de la ansiedad
5. terapia de grupo

En el contexto de urgencias se facilitará la **abreacción o catarsis**, mediante la escucha empática, el apoyo emocional y utilizar las técnicas, para establecer una relación armoniosa. Facilítele al paciente la narración completa de los hechos sufridos.

En caso de que el paciente haya sido víctima de agresiones contra su integridad o testigo, haga un registro completo de su declaración.

Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en las diferentes unidades de atención primaria o secundaria, teniendo como referencia los que cuentan con servicio de psiquiatría y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos agudos o graves se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para casos leves o moderados se dirigirán al servicio de consulta externa.



Flujograma

Medicación preferida según síntomas dominantes

Síntoma más prominente	Medicación recomendada	Considere también
Pensamientos intrusivos	ISRS, venlafaxina	ADT
Flashbacks	ISRS, venlafaxina	ADT
Temores relacionados con el trauma, pánico y evitación	ISRS, venlafaxina	ADT, benzodiazepinas (v.g. clonazepam)
Ansiedad generalizada (hiperactivación, hipervigilancia)	ISRS, venlafaxina	ADT, benzodiazepinas, antiadrenérgicos
Embotamiento, aislamiento, pérdida del interés	ISRS, venlafaxina	ADT
Síntomas disociativos		ISRS, venlafaxina, ADT
Alteración del sueño	Trazodone	Zolpidem, antihistamínicos, ADT, benzodiazepinas
Irritabilidad, brotes de ira	ISRS, venlafaxina	Estabilizadores del ánimo, ADT, antiadrenérgicos
Dificultad para concentrarse	ISRS, venlafaxina	ADT
Culpa, vergüenza	ISRS, venlafaxina	ADT
Agitación marcada	Antipsicóticos atípicos	Estabilizadores del ánimo

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

ADT: antidepresivos tricíclicos



Tiempo de espera (en semanas) antes de añadir o cambiar medicación

	Sin respuesta	Respuesta parcial
Antidepresivos	6 semanas	8 semanas
Antipsicóticos	3	4
Benzodiazepinas	2	3
Estabilizadores del ánimo	4	6
Antiadrenérgicos	2	3

Paciente con cuadro refractario al tratamiento

Presentación	Sin respuesta a psicoterapia sola	Sin respuesta a medicación sola	Sin respuesta a terapia combinada
TEPT agudo o crónico	Añada medicación o cambio de modalidad psicoterapéutica	Añada psicoterapia o cambio de medicación	Cambie a otra medicación o a otra psicoterapia (o ambos cambios)

Cómo hacer el cambio de medicación

Si la primera medicación fue:	Cambie a:
Un ISRS	<ul style="list-style-type: none"> • ADT • Otro ISRS • Venlafaxina • Un estabilizador del ánimo
Venlafaxina	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS • ADT • Estabilizador del ánimo
Un estabilizador del ánimo prescrito por comportamiento explosivo, irritable, agresivo o violento	<ul style="list-style-type: none"> • Otro estabilizador del ánimo • ISRS • Un antipsicótico atípico • Venlafaxina • ADT
Un estabilizador del ánimo prescrito por comorbilidad con trastorno bipolar	<ul style="list-style-type: none"> • Continúe el estabilizador del ánimo • Añada un ISRS



Un antipsicótico atípico prescrito por comportamiento explosivo, irritable, agresivo o violento	<ul style="list-style-type: none">• Estabilizador del ánimo• Antidepresivo• Otro antipsicótico atípico
Un antipsicótico atípico prescrito por flashbacks prominentes, síntomas disociativos, o síntomas psicóticos asociados con TEPT	<ul style="list-style-type: none">• Estabilizador del ánimo• Antidepresivo• Otro antipsicótico atípico

Notas:

1. Al hacer un cambio de medicación tenga en cuenta las potenciales interacciones medicamentosas.
2. De todos los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, la fluoxetina se considera el principal inhibidor de la mayoría de las enzimas lisosomales hepáticas.



Trastornos de adaptación

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Sin embargo, debe resaltarse que dentro de la cultura del individuo **el malestar es mayor que lo habitualmente esperable en respuesta al evento estresante.**

Dado que se trata de respuestas exageradas a estímulos que por lo general no producen la misma respuesta en la mayoría de personas de una cultura, lo más importante en la génesis del cuadro no es la severidad del estresor en sí misma, sino otros factores, tales como los estilos de afrontamiento utilizados por el sujeto, rasgos de personalidad, nivel cognoscitivo, estado emocional de base, exposición previa a estresores de importancia y el significado que se le de al desencadenante. Los factores biológicos incluyen la participación de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y el GABA. Se ha mencionado la participación de algunas estructuras del sistema límbico (como la amígdala) y la corteza frontal.

El medio ambiente juega un papel de mucha importancia. Por ejemplo, problemas de grupo de apoyo primario, problemas económicos, problemas ocupacionales, cualquier tipo de amenaza contra la integridad personal, etc. En relación con el estilo de vida, el consumo de alcohol u otras sustancias, así como la falta de ejercicio físico y el manejo inadecuado del estrés incrementan el riesgo de padecer el trastorno.

Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada.



Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas:

Reacción depresiva breve: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

Reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad

Con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión o de otros trastornos mixtos de ansiedad pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.

Con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

Con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye los siguientes:

1. trastorno de estrés agudo
2. trastorno de estrés postraumático
3. trastornos depresivos
4. trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de estrés postraumático
5. intoxicaciones por sustancias psicoactivas (v.g. etanol, cocaína)



Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas, parcial de orina
2. EKG en mayores de 40 años o en quienes se considere indicado por cualquier motivo

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico es correcto

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar estresores psicosociales:

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia

Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Considerar psicoterapia.

Evaluar riesgo suicida:

Los trastornos adaptativos son responsables de un alto porcentaje de intentos suicidas, los cuales, si bien por ser realizados de manera impulsiva pocas veces son exitosos, representan de todas



maneras tanto una conducta sumamente riesgosa como un estilo de afrontamiento desadaptativo. Evaluar riesgo considerando (véase apéndice 1 de estas guías):

- ideas, planes o intentos suicidas
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de síntomas psicóticos o ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar o dejar en observación según gravedad del riesgo

Tratamiento de la fase aguda

1. Psicoterapias. Puede utilizarse:

- psicoterapia de apoyo, incluyendo catarsis y abreacción
- educación cognitiva

En un entorno de urgencias escuchar al paciente de manera incondicional suele ser un método psicoterapéutico sencillo pero confiable, y a menudo consigue el control de la angustia y otros síntomas relacionados.

2. Aislamiento temporal de estresores inmediatos. Con frecuencia basta la observación o una breve internación para el control del cuadro

3. Tratamiento farmacológico. En caso necesario puede administrarse una benzodiazepina en urgencias, seguida de un ensayo breve con un antidepresivo inhibidor de la serotonina o tricíclico a dosis bajas

Escogencia de un fármaco:

1. Antidepresivos:

- Un Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina: fluoxetina 20 mg al día, o sertralina 50 mg al día
- También puede utilizarse un antidepresivo tricíclico: amitriptilina o maprotilina. En ambos casos iniciar con 25 a 50 mg al día e incrementar a 75 mg al día durante la primera semana de tratamiento



2. Benzodiazepinas: El alprazolam sublingual (1 mg) es una excelente opción para el control de los síntomas ansiosos en la urgencia. En su defecto puede administrarse diazepam o midazolam IM.
3. Debe brindarse toda la información necesaria a pacientes y familiares acerca del trastorno, el tratamiento y el pronóstico.

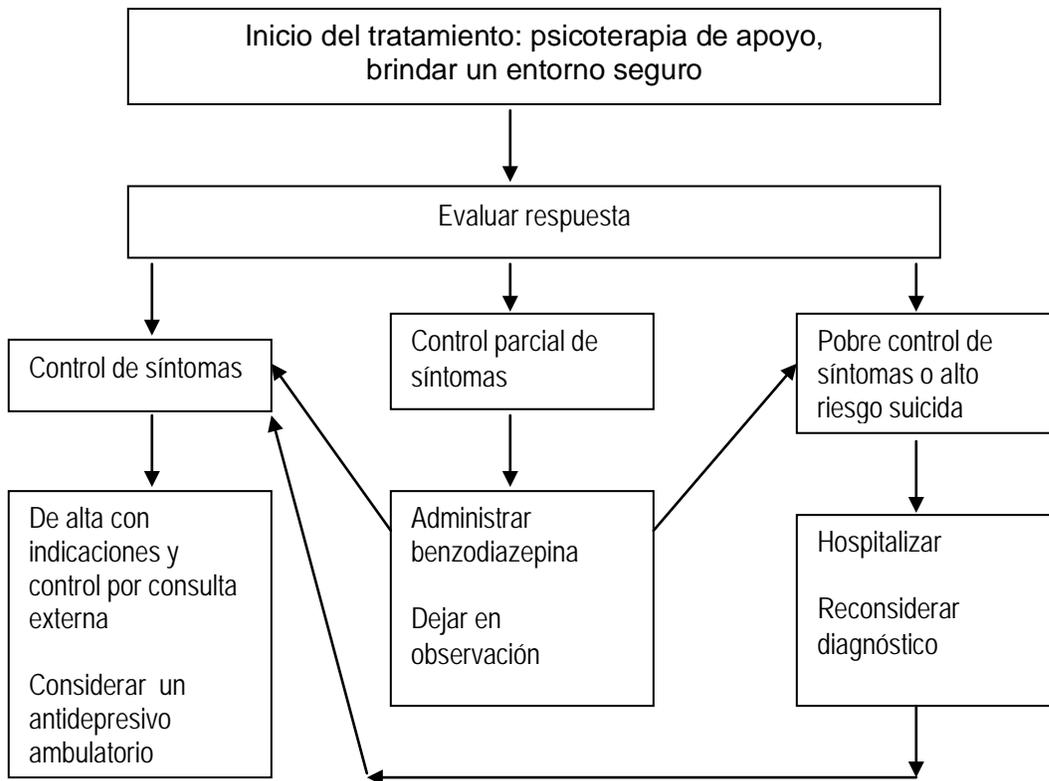
Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en los diferentes centros de atención primaria o secundaria, teniendo como centros de referencia aquellos que cuentan con atención psiquiátrica y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos agudos o graves se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para cuadros leves o moderados se dirigirán al servicio de consulta externa.



Flujograma

Tratamiento en urgencias del trastorno de adaptación





Trastorno de conversión

El trastorno de conversión consiste en el desarrollo de síntomas neurológicos (afasia, parálisis, convulsiones, ceguera, zonas de anestesia, etc.) que ocurren como respuesta a la presencia de un evento estresante. Los trastornos de conversión son un motivo de consulta bastante frecuente dentro de las urgencias de atención primaria. La presentación del cuadro suele ser bastante aparatosa y dramática. Por lo general el paciente acude llevado por multitud de familiares impresionados ante la instalación del cuadro.

En el trastorno de conversión los síntomas obedecen a la búsqueda de una ganancia primaria (alivio de la angustia) y de una ganancia secundaria (por ejemplo, evitar una situación difícil, obtener ayuda de familiares, etc.). Sin embargo, estos síntomas son de naturaleza involuntaria, por lo cual el clínico debe prestar atención suficiente al control de la contratransferencia.

Al igual que lo expresado en relación con los trastornos de adaptación, dado que se trata de respuestas exageradas a estímulos que por lo general no producen la misma respuesta en la mayoría de personas de una cultura, lo más importante en la génesis del cuadro no es la severidad del estresor en sí, sino otros factores, tales como los estilos de afrontamiento utilizados por el sujeto, rasgos de personalidad, nivel cognoscitivo, estado emocional de base, exposición previa a estresores de importancia y el significado que se dé al desencadenante. Los factores biológicos incluyen la participación de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y el GABA. Se ha mencionado la participación de algunas estructuras del sistema límbico (como la amígdala) y la corteza frontal.

De la misma manera que ocurre con respecto a los trastornos de adaptación, el medio ambiente juega un papel clave. Por ejemplo, problemas de grupo de apoyo primario, problemas económicos, problemas ocupacionales, cualquier tipo de amenaza contra la integridad personal, etc. En relación con el estilo de vida, el consumo de alcohol u otras sustancias, así como la falta de ejercicio físico y el manejo inadecuado del estrés incrementan el riesgo de padecer el trastorno.

Clásicamente el cuadro clínico se presenta después de una situación inmanejable para el sujeto. Esta situación puede hallarse dentro de la categoría de las experiencias cotidianas (problemas de pareja, de familia o sociales) o representar verdaderas situaciones de riesgo.

Diagnóstico

A continuación se detallan los criterios diagnósticos del DSM IV:

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.



C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Subtipos:

- Con síntoma o déficit motor
- Con crisis y convulsiones
- Con síntoma o déficit sensorial
- De presentación mixta

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse énfasis en que **el trastorno de conversión es un diagnóstico de exclusión**. Por muy evidentes que sean los estresores y su relación temporal con el cuadro clínico, deberá descartarse la organicidad. Con este fin, deberán practicarse una anamnesis y un examen físico completos. Particular atención merece el examen neurológico. También deben realizarse todas las pruebas auxiliares que se consideren pertinentes.

El diagnóstico diferencial incluye los siguientes:

1. enfermedades neurológicas como la epilepsia, la enfermedad cerebrovascular, lesiones ocupando espacio en el sistema nervioso central, traumatismos neurológicos, enfermedades desmielinizantes o atróficas, infecciones del SNC, etc.
2. enfermedades fuera del sistema nervioso central capaces de producir síntomas neurológicos (v.g. enfermedades metabólicas o endocrinas, neoplasias, infecciones, traumatismos, etc.)
3. trastornos de adaptación
4. trastornos somatomorfos en general (trastornos de somatización, por dolor, hipocondría)
5. trastorno de estrés agudo
6. trastorno de estrés postraumático
7. trastornos depresivos



8. trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de estrés postraumático
9. intoxicaciones por sustancias psicoactivas (v.g. etanol, cocaína)
10. trastornos psicóticos
11. trastornos facticios
12. simulación

Exámenes auxiliares

1. Como paraclínicos básicos se solicitarán los siguientes: hemograma, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, transaminasas, parcial de orina
2. Metabolitos de sustancias en orina (THC, cocaína, cannabis) o en sangre (alcohol)
3. EEG si se considera necesario
4. Imágenes diagnósticas del SNC (TAC, RMN) si se precisa
5. EKG en quienes se considere indicado por cualquier motivo
6. Cualquier paraclínico que se considere de utilidad

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento psiquiátrico

Realizar una evaluación diagnóstica:

Determinar si el diagnóstico es correcto.

Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o **médica**.

La evaluación debe incluir:

- enfermedad actual
- antecedentes personales y familiares
- historia personal, social y familiar
- revisión por sistemas
- exámenes físico, neurológico y mental
- paraclínicos

Evaluar estresores psicosociales:

Evaluar problemas de grupo de apoyo primario, ocupacionales, de vivienda, acceso a servicios de salud, seguridad social, etc.

Establecer y mantener la alianza terapéutica

- Atención a los intereses del paciente y la familia
- Atención a transferencia y contratransferencia



Educación a pacientes y familiares

- Destacar que el trastorno es una enfermedad real
- Brindar información sobre el tratamiento mejora la adherencia terapéutica

Considerar psicoterapia

Evaluar riesgo suicida considerando:

- ideas, planes o intentos suicidas
- ideas de desesperanza
- acceso a elementos de suicidio y letalidad de éstos
- presencia de síntomas psicóticos o ansiedad grave
- consumo de alcohol u otras sustancias
- antecedentes personales de intentos
- antecedentes familiares de suicidios

Hospitalizar o dejar en observación según gravedad del riesgo. Lo ideal es el manejo ambulatorio una vez se han descartado potenciales causas orgánicas.

Tratamiento de la fase aguda

1. Psicoterapias. Pueden utilizarse las siguientes técnicas:

- establezca contacto con el adulto que existe dentro de cada persona (alíese con la parte sana)
- **nunca luche contra el síntoma**
- **identifique su contratransferencia y úsela de manera constructiva** (recuerde que los síntomas que presenta el paciente son involuntarios, resultados de un proceso inconsciente)
- demuestre conocimiento y autoridad en el manejo de la situación
- psicoterapia de apoyo, incluyendo catarsis y abreacción
- sugestión

Nunca debe lucharse contra el síntoma. Hacerlo equivale a confirmarlo y concederle importancia clínica.

En un entorno de urgencias escuchar al paciente de manera incondicional suele ser un método psicoterapéutico sencillo pero confiable, y a menudo consigue el control de la angustia y otros síntomas relacionados.

2. Aislamiento temporal de estresores inmediatos. Con frecuencia basta la observación o una breve internación para la remisión del cuadro. Una vez confirmado el diagnóstico, deje al paciente libre de público (familiares, acompañantes).



3. Tratamiento farmacológico. En caso necesario puede administrarse una benzodiazepina en urgencias, seguida de un ensayo breve con un antidepresivo inhibidor de la serotonina o tricíclico a dosis bajas

4. Evite el uso de medidas agresivas hacia el paciente o hacia familiares (por ejemplo, infligir dolor o cualquier tipo de malestar)

Escogencia de un fármaco:

1. Benzodiazepinas:

- El alprazolam sublingual (1 mg) es una excelente opción para el control de los síntomas ansiosos en la urgencia. En su defecto puede administrarse diazepam o midazolam IM.

2. Antidepresivos:

- Se emplearán para el manejo ambulatorio si se precisa
- Un Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina: fluoxetina 20 mg al día, o sertralina 50 mg al día
- También puede utilizarse un antidepresivo tricíclico: amitriptilina o maprotilina. En ambos casos iniciar con 25 a 50 mg al día e incrementar a 75 mg al día durante la primera semana de tratamiento

3. Debe brindarse toda la información necesaria a pacientes y familiares acerca del trastorno, el tratamiento y el pronóstico.

Referencia y contrarreferencia

Las remisiones se originarán en los diferentes centros de atención primaria o secundaria, teniendo como centros de referencia aquellos que cuentan con atención psiquiátrica y las clínicas psiquiátricas de la ciudad. Las remisiones para casos agudos o graves se harán al servicio de urgencias. Las remisiones para cuadros leves o moderados se dirigirán al servicio de consulta externa. Muchas veces la situación se resuelve en la consulta de urgencias y se da cita a consulta externa.

Interconsultas. No debe dudarse en solicitar las interconsultas (v.g. neurología, medicina interna, cirugía) que se consideren necesarias a partir de la anamnesis y el examen físico. Con el fin de llegar a un diagnóstico acertado y de evitar reforzar estilos de afrontamiento desadaptativos, en estos casos debe actuarse con el mayor grado de racionalidad y objetividad posibles.



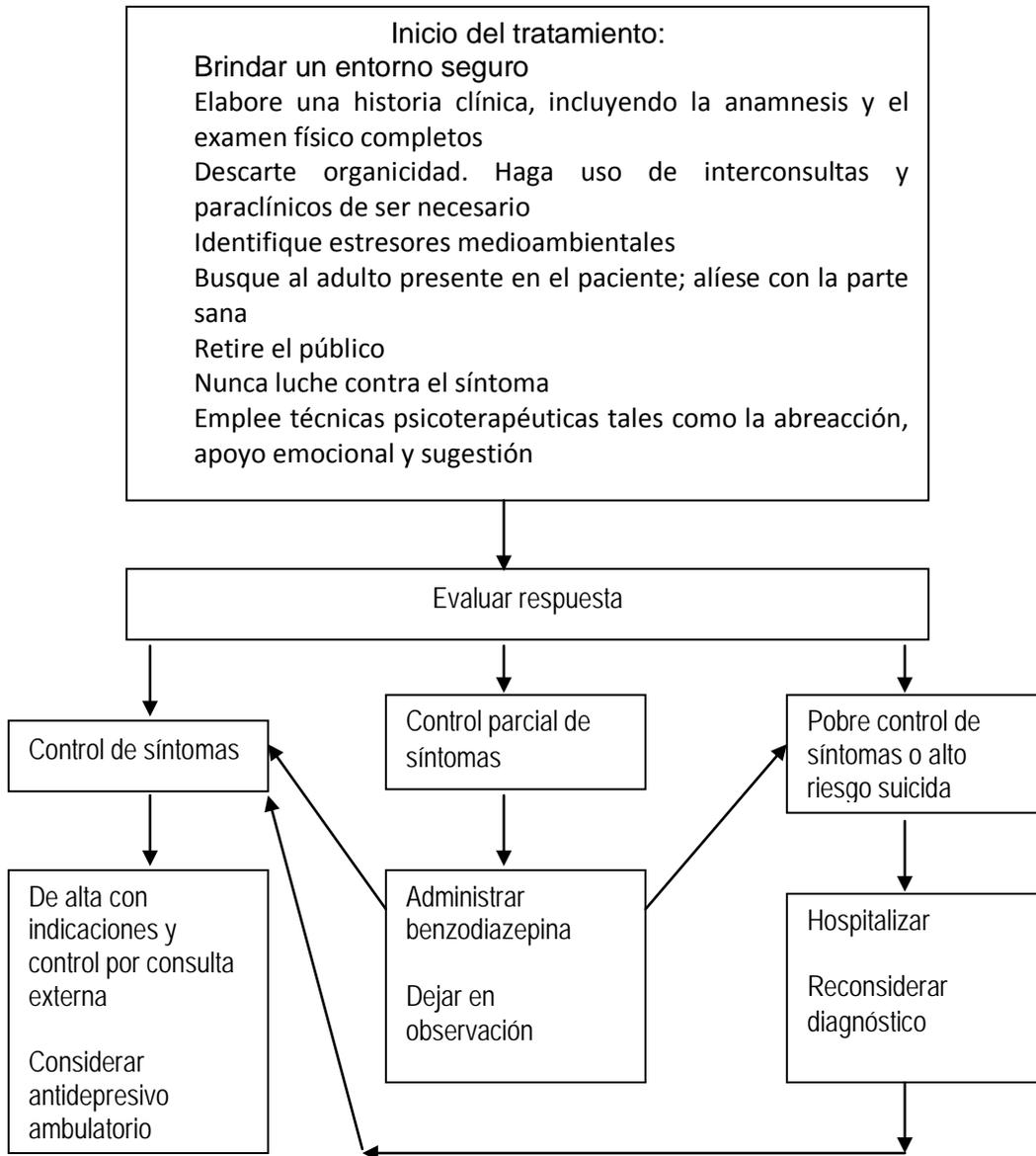
Resumen de la atención en urgencias del paciente con trastorno de conversión:

1. Elabore una historia clínica, incluyendo la anamnesis y el examen físico completos
2. Descarte organicidad. Haga uso de interconsultas y paraclínicos de ser necesario
3. Identifique estresores medioambientales
4. Busque al adulto presente en el paciente; alíese con la parte sana
5. Retire el público
6. Nunca luche contra el síntoma
7. Emplee técnicas psicoterapéuticas tales como la abreacción, apoyo emocional y sugestión
8. Utilice una benzodiazepina en caso necesario
9. Considere un ensayo breve con antidepresivos
10. Remita a psiquiatría o psicología



Flujograma

Tratamiento en urgencias del trastorno de conversión





Apéndice 1

Valoración de factores de riesgo relacionados con el suicidio.

Guía para conducir la entrevista.

Introducción

El encargado de atender personas potenciales suicidas en un servicio de coordinación de urgencias tiene una triple función:

1. Estimación del riesgo suicida
2. Apoyo emocional mediante catarsis
3. Derivación correcta

La tarea no es nada fácil, si se tiene en cuenta que se está en un servicio atiborrado de urgencias variadas, comunicándose con una persona de quien sabemos sólo lo que acepte comunicarnos, sosteniendo con los dedos el delicado equilibrio de la conversación, y sometidos a la presión de que todas las funciones renglones arriba enumeradas deben llevarse a cabo de manera eficaz en un breve lapso de tiempo.

La estimación del riesgo suicida se hace mediante la identificación de una serie de factores de riesgo. Sin embargo, sería totalmente incorrecto pensar que la interpretación de tales factores es una operación matemática que nos permitirá llegar con precisión a una decisión diagnóstica y terapéutica. En realidad, la valoración de los factores de riesgo relacionados con el suicidio proporciona al clínico una idea bastante aproximada de la gravedad de cada situación, pero sin llegar nunca a la certeza absoluta en uno u otro sentido. Nunca estaremos absolutamente seguros de quién va a cometer el suicidio y quién no. Incluso un paciente que quiera únicamente llamar la atención puede eventualmente cometer un error de cálculo con resultados fatales.

La dificultad para establecer pronósticos adecuados en el paciente potencialmente suicida constituye un complemento a lo anterior. El paciente, como toda persona, está en constante proceso de cambio, lo cual incluye tanto sus circunstancias vitales como sus emociones y pensamientos, llegando a la psicopatología, por supuesto, por lo que es imposible prever con relativa cercanía una estimación de riesgo suicida más allá del momento inmediato.

Hasta este punto puede deducirse que el clínico que atienda urgencias relacionadas con el suicidio deberá estar preparado para afrontar una buena carga de frustración.

Es bastante válido el concepto de que aquella persona que desea verdaderamente suicidarse no pedirá ayuda, pero no debemos olvidar que indudablemente quien llama en estas circunstancias solicitando ayuda presenta un mayor o menor grado de riesgo de llegar al intento o al acto como tal. Quién solicita ayuda en esta situación suele encontrarse ante la disyuntiva de ceder a los impulsos relacionados con su estado psicopatológico o de obedecer a su parte sana. En síntesis,



aquél que ha tomado la decisión definitiva no pedirá ayuda, pero quién aún tiene dudas sí lo hará. La adecuada intervención en este momento puede ser determinante para evitar un desenlace fatal.

A continuación se hace una revisión de los factores de riesgo relacionados con el suicidio, discutiendo los aspectos más relevantes de cada uno de ellos. También se sugiere la manera de conducir la entrevista, incluyendo el tipo de preguntas que se recomienda hacer, sin que estos lineamientos generales constituyan una camisa de fuerza.

Factores de riesgo relacionados con el suicidio. Estimación de letalidad.

Para estimar el riesgo de suicidio en un paciente determinado se debe tener en cuenta una serie de factores epidemiológicos, psicosociales y clínicos.

Factores epidemiológicos

Sexo

El suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de 3 a 1 a favor de los primeros. Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres con la misma relación de 3 a 1. Las razones de estas diferencias tienen que ver con los métodos empleados y con las diferencias en la prevalencia de algunos de los trastornos relacionados con intentos de suicidio poco estructurados.

En general es bastante sencillo determinar el sexo de la persona durante la entrevista. Sin embargo, no debe dudarse en preguntarlo directamente cuando exista algún grado de duda.

Edad

Tradicionalmente se ha sostenido que el suicidio es mayor en personas mayores que en jóvenes. En términos generales sigue siendo cierta la aseveración de que no debe menospreciarse una amenaza de suicidio expresada por un anciano. Sin embargo, en varios países, entre ellos Colombia, se ha visto durante las últimas décadas una mayor tendencia al suicidio entre los jóvenes. De hecho, en nuestra ciudad la mayoría de los casos de suicidio se ubican en personas que aún no han alcanzado la senectud o que ni siquiera son adultos mayores.

La edad debe preguntarse en toda entrevista de este tipo, preferiblemente durante los primeros minutos de conversación.

Estado marital y presencia de hijos

El riesgo de suicidio decrece en el siguiente orden: tienen mayor riesgo los viudos, seguidos por los divorciados, separados, solteros y casados sin hijos; por último, aquellos con menor riesgo de



suicidio son los casados con hijos. El hecho de tener una relación de pareja estable (v.g. unión libre o de hecho) tiene el mismo efecto protector que el matrimonio.

Debe anotarse que más que el hecho de ser soltero, pesa más el vivir sólo. Las personas con mayor riesgo de suicidio son aquellas que viven solas.

Pregúntele al paciente por su estado civil y con quién vive. De ser necesario, pídale que le aclare si vive sólo o acompañado.

Estado marital

Viudo

Divorciado

Separado

Soltero

Con o sin novio

Casado o en unión permanente

¿Tiene una relación estable?

Preguntar sobre el clima de la relación

Hijos

Número de hijos

¿Vive con ellos?

Tipo de relación

Estado ocupacional

Más que con oficios o profesiones determinados, el suicidio se relaciona con el estado ocupacional. En efecto, el riesgo de suicidio aumenta en aquellas personas que súbitamente se ven desempleadas, especialmente si este hecho conlleva una crisis financiera.

Se debe interrogar principalmente acerca del estado laboral. De todas maneras deberá conocerse el oficio de la persona, lo que nos dará una idea acerca de su nivel cultural, de su adaptación social y de cómo debe orientarse la entrevista.

Ocupación

¿Trabaja actualmente o no?

Tiempo de estar cesante

Posibilidades laborales

Estado financiero

Lugar de residencia

Tradicionalmente se ha considerado que el riesgo de suicidio es mayor en zonas urbanas que en zonas rurales. Las circunstancias sociales, políticas y económicas de Colombia hacen que no siempre se cumpla esta ecuación. Particularmente debe importarnos si el paciente vive o permanece en una zona de difícil acceso a servicios de salud o de emergencias.



Es importante saber la localización habitual del individuo desde el principio de la entrevista.

Religión

Practicar una religión es factor de protección contra el suicidio por varias razones. La persona que tiene fe en un ser superior que le ayudará albergará más fácilmente la confianza en que las cosas pueden mejorar. Además, el hecho de asistir regularmente a los ritos y prácticas suministra una red de apoyo social importante. La confesión católica es, entre otras cosas, un mecanismo de catarsis. Por último, no debemos olvidar que las religiones monoteístas practicadas en occidente condenan el suicidio.

Mención aparte merece el fanatismo religioso, el cual puede favorecer prácticas suicidas.

Interrogue a su interlocutor acerca de si practica alguna religión.

Puede hacer las preguntas relacionadas que considere importantes; por ejemplo, en relación con el grado de relaciones sociales establecidas por este medio o con la confianza que le infundan sus creencias.

Sea sutil.

A menos que sean francamente compartidas por los interlocutores, evite hacer sugerencias o recomendaciones basadas en las propias creencias, con el fin de evitar herir susceptibilidades.

¿Practica alguna religión?

¿Asiste regularmente a las celebraciones?

¿Participa en las actividades?

Identificar fanatismo

Otros sistemas de apoyo

En el momento que considere oportuno de acuerdo al transcurrir de la entrevista, pregúntele al paciente acerca de la presencia de amistades significativas, vinculación a juntas de acción comunal, clubes sociales o deportivos, asociaciones de padres de familia, etc.

Lo que verdaderamente nos interesa en este punto es identificar si estamos ante una persona solitaria, sin redes potencialmente suministradoras de apoyo en un momento crítico.

- ¿Tiene amigos, vecinos, socios, compañeros de confianza? (se preguntan por separado)*
- ¿Habla con ellos?*
- ¿Cuenta con ellos?*
- Asociaciones de vecinos, laborales, escolares*
- Clubes deportivos*
- Etc.*



Trastorno psiquiátrico de base

El intento de suicidio no constituye un diagnóstico. Este tipo de comportamientos hace parte de los hallazgos clínicos que se encuentran en una amplia gama de trastornos mentales. Más aún, las ideas y las conductas suicidas no son exclusivas de los trastornos mentales ni patognomónicas de ninguno de estos.

Más del 90% de las personas que intentan el suicidio padecen un trastorno mental demostrable, independientemente de que haya sido o no previamente diagnosticado.

La lista de los trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio está encabezada por el trastorno depresivo mayor.

Indagar si el paciente:

Está bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico

Ha padecido alguna enfermedad mental

Toma algún medicamento psiquiátrico

Ha estado hospitalizado por esta causa

Preguntar el nombre del terapeuta

Nota: explore principalmente el síndrome que, según la entrevista, sea más probable que padezca el paciente.

No es posible en una entrevista hacer una revisión exhaustiva de todos los grupos de trastornos mentales.

Los grupos de síntomas a explorar dependerán en gran medida de las quejas expresadas por el paciente al inicio de la entrevista o de lo que el entrevistador considere pertinente según su valoración de la situación.

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores que no tengan una causa orgánica, como una enfermedad médica subyacente o la exposición a una sustancia, y que tampoco se den en el contexto de otro trastorno psiquiátrico como el trastorno esquizoafectivo o los trastornos bipolares, por ejemplo.

Estos episodios depresivos mayores se caracterizan por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas, entre los cuales se requiere la presencia de por lo menos uno de los dos primeros, durante un período mínimo de 2 semanas: estado de ánimo depresivo o irritable, pérdida del interés y del placer por las actividades cotidianas, cambios en el apetito o el peso corporal, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión y, por último, pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, tentativas o planes de suicidio.



Este trastorno afecta del 5% al 12% de los hombres y del 10% al 25% de las mujeres. El riesgo de muerte por suicidio en el trastorno depresivo mayor llega al 10% o 15% de los pacientes.

Explore:

¿Cómo está de ánimo?

Pérdida del interés y del placer: ¿Le gustan las mismas cosas de antes? ¿Tiene ganas de salir? ¿Trabaja porque le gusta o porque le toca hacerlo? ¿Le dan ganas de vestir bien?

Tristeza: ¿Llora mucho?

Irritabilidad: ¿Se molesta fácilmente?

Labilidad del humor. ¿Le cambia mucho el ánimo?

¿Está muy contento sin motivo en algunas oportunidades? (Una respuesta positiva sugiere bipolaridad, lo cual incrementa el riesgo de suicidio)

Cambios en el apetito o en el peso corporal

Cambios en el sueño

Capacidad de concentración. ¿Se le olvidan las cosas? ¿Entiende lo que lee? ¿Se concentra en equis actividad?

Indecisión

Cansancio, fatiga

Ideas de culpa, remordimientos, reproches

Nivel de autoestima

Angustia

(La exploración de las ideas de suicidio, por su importancia se expondrá más adelante, en relación con la búsqueda de síntomas específicos).

Trastornos bipolares

El trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos o mixtos que suelen alternar con episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por la presencia de episodios depresivos mayores que alternan con episodios de hipomanía. El riesgo de muerte por



suicidio es, en términos relativos, mayor en los trastornos bipolares que en el trastorno depresivo mayor. Los intentos de suicidio suelen darse durante los episodios depresivos o los mixtos. Un episodio mixto se caracteriza por la presentación simultánea de síntomas depresivos y síntomas maníformes. El trastorno bipolar I afecta al 1% de la población. Su prevalencia es igual en ambos sexos. El trastorno bipolar II afecta más a las mujeres que a los hombres; su prevalencia está alrededor del 0.6% de la población. El riesgo de suicidio en estas enfermedades llega al 15%.

Para la evaluación de potencial riesgo suicida ante la sospecha de que se esté en presencia de episodios depresivos en el contexto de los trastornos bipolares, léanse las sugerencias relacionadas con el trastorno depresivo mayor.

No olvidar, si se considera necesario o útil, descartar la presencia de episodios durante los cuales el paciente presente algunos de los siguientes síntomas:

Euforia o irritabilidad inmotivadas

Aumento de la autoestima

Disminución de la necesidad de dormir

Locuacidad

Fuga de ideas

Distraibilidad

Aumento de la actividad intencionada

Involucramiento excesivo en actividades placenteras potencialmente dañinas

Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de por lo menos dos de los siguiente tipos de síntomas durante un período mínimo de un mes: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta catatónica o desorganizada, y síntomas negativos. El diagnóstico de esquizofrenia se hace después de 6 meses de evolución del cuadro clínico. Esta enfermedad afecta al 1% de la población. Su prevalencia es igual en ambos sexos. El riesgo de suicidio en esta enfermedad alcanza el 15%, aunque se estima que el 50% de las personas afectadas cometerán por lo menos un intento en algún momento de la vida.

Los delirios se harán evidentes a partir del discurso del sujeto, al igual que las alucinaciones. Ambos grupos de síntomas merecen una búsqueda activa.



Las alteraciones del lenguaje serán fácilmente perceptibles en este tipo de entrevistas, basadas completamente en el lenguaje verbal.

Indudablemente, no es muy probable que un paciente con predominio de síntomas negativos llame a una línea de atención psiquiátrica.

Las alteraciones de la conducta no pueden apreciarse por teléfono, a menos que las refiera un allegado del paciente.

Trastorno esquizoafectivo

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas similares a los de la esquizofrenia y de episodios maníacos, mixtos o depresivos. Afecta alrededor del 1% de la población. El riesgo de suicidio en este trastorno es esencialmente el mismo que en las enfermedades anotadas anteriormente.

La exploración de síntomas se hará según las recomendaciones hechas respecto a la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo.

Trastornos de ansiedad

Los principales trastornos de ansiedad son el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de angustia (pánico) con o sin agorafobia, la agorafobia sin ataques de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y la fobia específica.

La evaluación de estos trastornos en el contexto de la atención telefónica de urgencias ante un probable riesgo suicidio girará básicamente en torno a la evaluación de la angustia presente, más que del trastorno en sí.

De todas maneras merece la pena recordar que los trastornos de ansiedad más relacionados con el suicidio son el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo, sin que ninguno de ellos alcance un riesgo tan alto como los trastornos psicóticos o los trastornos del estado de ánimo.

La valoración de la angustia y de los ataques de pánico se hará en el apartado de síntomas clínicos específicos.

Trastornos relacionados con sustancias

El uso de sustancias psicoactivas incrementa el riesgo de suicidio a través de varios mecanismos. Por ejemplo, el uso de sustancias debilita o desvía el juicio de realidad, lo que puede llevar al individuo a creer que al suicidarse está tomando la decisión correcta. Así mismo, el uso de sustancias puede producir cambios del humor, ansiedad o síntomas psicóticos. Por último, estas



sustancias suelen ser utilizadas por sujetos impulsivos y con pobre capacidad de manejar la frustración, quienes a su vez están en mayor riesgo de cometer suicidio.

Particular atención merece el uso de alcohol, el cual se asocia con frecuencia con síntomas depresivos.

La combinación de alcoholismo, síntomas depresivos, soledad e ideas de suicidio es una bomba de tiempo.

Pregunte acerca del uso de alcohol u otras sustancias:

¿Cuales sustancias?

Tiempo de evolución del consumo

Patrón de consumo

Abuso

Dependencia

Uso social

Fecha de último consumo

Dosis aproximada por día de consumo

Repercusiones del uso; problemas relacionados

Trastornos adaptativos

Los trastornos adaptativos consisten en respuestas emocionales o conductuales de magnitud exagerada en relación con la situación que actúa como evento desencadenante. Pueden manifestarse mediante tristeza, ansiedad, alteraciones del comportamiento o combinaciones de los anteriores. El desencadenante suele estar relacionado con problemas de pareja, familia, trabajo, estudio, económicos, etc.

Ante la presencia de estresores medioambientales (cómo problemas familiares, de pareja, laborales, académicos, económicos, etc.):

Pregunte sobre el estado de ánimo



Explore tristeza y ansiedad

Pregunte por las funciones básicas de sueño y alimentación

Indague irritabilidad, rabietas y conducta impulsiva

Problemas psicosociales y medioambientales.

Pregunte por la presencia de:

- *Problemas relativos al grupo primario de apoyo*
- *Problemas relativos al ambiente social*
- *Problemas académicos*
- *Problemas laborales*
- *Problemas de vivienda (ej., sin hogar, barrio inadecuado)*
- *Problemas económicos*
- *Problemas de acceso a los servicios de salud*
- *Problemas legales*
- *Otros problemas psicosociales o ambientales*

Hallazgos clínicos específicos relacionados con el riesgo de suicidio

A continuación revisaremos una serie de hallazgos clínicos que se relacionan claramente con el riesgo de suicidio, independientemente del diagnóstico psiquiátrico que pueda padecer el paciente.

Ideas de desesperanza

Las ideas de desesperanza representan el síntoma aislado más frecuentemente relacionado con el suicidio. Son habituales en los estados depresivos y su exploración es relativamente sencilla.

¿Cómo ve el futuro?

¿Qué soluciones se le ocurren ante el problema actual?

Pesimismo

Sentimientos de desamparo

¿Se siente solo?

¿Está solo?

¿Cuenta con alguien?



¿Tiene personas a quienes acudir?

¿Su familia se ocupa de usted?

¿Tiene amigos?

Insomnio severo

¿Cómo está durmiendo últimamente?

Identificar tipo de insomnio, si lo hay

Especial atención merece el insomnio global

Tiempo de evolución del problema de sueño

¿Toma algún medicamento para dormir?

Somnolencia

¿Tiene mucho sueño durante el día?

¿Tiende a quedarse dormido en cualquier momento?

¿Se torna irritable con facilidad?

Ideas o planes suicidas

Las ideas y los planes suicidas se relacionan con el intento de suicidio en relación con su persistencia, grado de estructuración y tiempo de evolución.

– *Punto clave: determinar el grado de estructuración*

Preguntar por la presencia de ideas de suicidio no es sugerirlo. Actúe con sutileza. Puede realizar las preguntas indagando inicialmente sobre temor a morir e ideas de muerte, para luego progresar a preguntas relacionadas con ideas o planes suicidas.

¿Tiene miedo a morir?

¿Ha deseado morir?

¿Ha pensado que sería mejor estar muerto?

¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida?



¿Desde cuándo está pensándolo?

¿Piensa en ello frecuentemente?

¿Ha hecho algún plan? ¿Cuál?

¿Ha decidido hacerlo?

*Evaluar prospección: razones **personales** para continuar viviendo*

Haga las preguntas utilizando transiciones a modo de introducción. Por ejemplo, ¿Ahora que está tan triste (o ansioso, o preocupado, o desesperado, etc.) ha llegado a pensar que sería mejor estar muerto?

Ansiedad grave

Evalúe los siguientes aspectos:

- *Preocupación constante*
- *¿Qué le preocupa?*
- *¿Está ansioso (o nervioso) últimamente?*
- *¿Ansiedad permanente o episódica?*
- *Tensión*
- *Hipervigilancia*
- *hiperexcitabilidad*
- *Síntomas neurovegetativos*

Ataques de pánico

Los ataques de pánico o crisis de angustia son episodios de minutos de duración que se presentan sin causa aparente, y se caracterizan por una sensación de miedo o malestar intensos acompañados de una cascada de síntomas neurovegetativos y psicológicos. Con frecuencia se confunden con un ataque cardíaco o con otras enfermedades médicas.

Ante la sospecha de ataques de pánico, evalúe:

Episodios de miedo o malestar intensos

Síntomas autonómicos y psicológicos que acompañan el miedo:

- *palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca*
- *sudoración*
- *temblores o sacudidas*
- *sensación de ahogo o falta de aliento*



- *sensación de atragantarse*
- *opresión o malestar torácico*
- *náuseas o molestias abdominales*
- *inestabilidad, mareo o desmayo*
- *desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de extrañeza o de estar separado de uno mismo)*
- *miedo a morir, a perder el control o a volverse loco*
- *parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo)*
- *escalofríos o sofocaciones*

Baja autoestima

Indagar sobre aspectos positivos

Preguntar por habilidades

Sentido de valía y de autoimportancia

¿Es necesario o útil para alguien?

¿Sería mejor o peor para los demás que muriera?

¿A quién beneficiaría su muerte?

Planes para el futuro

Disforia

La disforia es un estado de ánimo desagradable, caracterizado por la presencia de ira y tristeza simultáneas.

Evalúe presencia de malestar psicológico

Pregunte por irritabilidad fácil

Dificultad para concentrarse

¿Tiene la mente tan despejada cómo siempre?

¿Se le olvidan las cosas?

¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?



¿Le es difícil pensar?

¿Piensa con claridad?

¿Se concentra en las conversaciones? (o leyendo o viendo tv, etc.)

¿Ha disminuido el rendimiento en el trabajo? (o en el estudio?)

¿Hace las cosas con la facilidad habitual?

Síntomas psicóticos

La presencia de síntomas psicóticos incrementa el riesgo de suicidio. Los elementos psicóticos por excelencia son las alucinaciones y los delirios. La persona afectada por síntomas psicóticos tiene alterado el juicio de realidad. Por lo tanto, dará por hecho que el contenido de sus delirios o de sus alucinaciones es real y valedero. En consecuencia, dirigirá su conducta de acuerdo con dicho contenido, pudiendo en oportunidades llegar a agredir a otros o a sí misma.

De particular interés en cuanto a la relación con el riesgo de suicidio son algunos tipos de delirios y de alucinaciones. Por ejemplo, los delirios de culpa, de ruina, de minusvalía, de perjuicio y nihilistas incrementan el riesgo de cometer suicidio.

Respecto a las alucinaciones, aquellas que incrementan en mayor grado el riesgo de suicidio son las auditivas complejas que le ordenan al paciente matarse o le humillan sistemáticamente.

Los delirios y las alucinaciones se evalúan activamente una vez establecida una buena comunicación con el paciente

Se indagan si se sospechan a partir de lo expresado por el paciente

Sea sutil en la búsqueda de estos síntomas

Para evaluar los delirios pueden hacerse preguntas como:

¿Hay gente en contra suya?

¿Qué quieren hacerle?

¿Tiene usted alguna misión especial en la vida?

¿Hay algo que lo haga sentir culpable?

¿Podríamos hablar del tema?

Etc.



Réstele importancia a la culpa, pero que suene natural.

Para evaluar las alucinaciones puede hacer preguntas como:

¿Ha podido oír voces (o cosas) que los demás no puedan oír?

¿De quién son esas voces?

¿Qué le dicen esas voces?

¿Le dicen cosas desagradables?

¿Le dan órdenes?

¿Le ordenan hacerse daño?

¿Usted les obedecería?

Antecedentes de intentos de suicidio en el paciente

- *Número de intentos*
- *Métodos utilizados*
- *¿Impulsivos o planeados?*

Antecedentes de suicidio en familiares

Sí ___ No ___ *¿Quién?* _____

Antecedentes de suicidio en amigos cercanos

Sí ___ No ___

Antecedentes médicos

- Enfermedades incapacitantes o de mal pronóstico
- Evaluar dolor crónico, severo

Trastornos de la personalidad y riesgo de suicidio

Los trastornos de la personalidad se relacionan más con los intentos de suicidio que con los suicidios consumados. Los más relacionados con tales intentos son la personalidad histriónica y la limítrofe. La personalidad narcisista y la antisocial se relacionan también con las conductas suicidas, pero en menor grado.



La personalidad histriónica se caracteriza en esencia por la necesidad de ser el centro de atracción y por la excesiva emotividad.

La personalidad límite se caracteriza por la inestabilidad en todas las áreas de funcionamiento y por la impulsividad.

Se necesita que un trastorno de personalidad sea muy evidente para diagnosticarlo en situaciones de urgencias, especialmente si la atención es telefónica.

La evaluación telefónica de urgencias relacionadas con el suicidio no va dirigida a establecer diagnósticos de este tipo de trastornos.

En el contexto de las situaciones de urgencias, resulta más práctico evaluar los rasgos de personalidad más relacionados con las conductas suicidas que intentar la difícil tarea de diagnosticar un trastorno de la personalidad.

Rasgos de personalidad relacionados con el suicidio

Los rasgos de personalidad más relacionados con las conductas suicidas son los siguientes:

Control

Dependencia

Impulsividad

Pobre control de la ira

Inestabilidad

Teatralidad

Individuos involucrados en relaciones simbióticas

Es poco lo que se puede obtener en este sentido en una entrevista de urgencias, a menos que exista un trastorno de personalidad muy grave y evidente

Los rasgos de personalidad se evalúan según las prioridades, el tiempo disponible y el problema actual

Puede preguntar sobre la forma de ser o cómo lo ven los demás; virtudes y defectos.



No es fácil obtener esta información en el contexto de una situación de crisis.

La evaluación de los rasgos de personalidad se justificará si va dirigida a un claro objetivo terapéutico. Los individuos afectados de personalidades limítrofes e histriónicas suelen ser bastante manipuladores.

Sin embargo, los rasgos anotados varios renglones más arriba pueden manifestarse claramente en situaciones de crisis emocionales.

Pueden hacerse preguntas como:

¿Es impulsivo?

¿Cómo manifiesta esta impulsividad?

¿Le cambia mucho el ánimo?

¿Es incomprendido?

¿Se torna irritable con facilidad?

¿Cómo maneja la ira?

¿Cómo maneja las frustraciones?

Lo ideal sería tener información sobre el estilo habitual de comunicación

Procesamiento de la información y toma de decisiones

A estas alturas de la entrevista se ha recopilado una buena cantidad de información de calidad suficiente para hacer una estimación aproximada del riesgo suicida del paciente.

Así mismo, si se ha escuchado activamente al paciente, se ha hecho catarsis y se ha brindado apoyo emocional.

¿Qué hago en este momento?

Aclare cualquier duda que usted pueda tener.

Ofrezca responder a interrogantes o aclarar dudas del paciente.

Haga una recapitulación de la información y valore el riesgo de suicidio.



Plantéese si la hospitalización inmediata es necesaria o no.

Ante la duda, hospitalice.

Pida siempre valoración del paciente por psiquiatría.

Recomendaciones finales:

Deje siempre las puertas abiertas. Habrá pacientes reacios a recibir ayuda, pero podrán aceptarla más adelante.

Acepte las heridas narcisistas.

Diligencie el formato guía para la valoración del riesgo suicida. Asegúrese de que no obvió ninguna información importante.



Apéndice 2

Lineamientos de hospitalización en el paciente psiquiátrico

Los parámetros enumerados a continuación ofrecen una orientación acerca de las circunstancias en las cuales está indicada una hospitalización en el paciente psiquiátrico que acude a un servicio de urgencias. Consisten en lineamientos generales útiles para definir la necesidad de hospitalización en el paciente psiquiátrico:

Indicaciones absolutas:

1. Riesgo de autoagresión. Incluye riesgo de suicidio
2. Riesgo de agresión a otros
3. Riesgo de muerte o lesión por inanición o por cualquier conducta o decisión derivada de sus síntomas
4. Comorbilidad médica importante
5. Incapacidad para ofrecer un control del cuadro clínico a través de un servicio ambulatorio
6. Incapacidad para cuidar de sí mismo

Indicaciones relativas:

1. Falta de garantía en el cumplimiento terapéutico (es una continuación del numeral 5 de las indicaciones absolutas)
2. Dudas diagnósticas

Nota: en términos generales el tratamiento psiquiátrico deberá ofrecerse en el ámbito menos restrictivo posible para el paciente, siempre y cuando no se comprometan su integridad ni la de terceros.



LECTURAS RECOMENDADAS

1. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. APA press, Washington, 2006.
2. Argo T, Crismon M, Miller A, Moore T, Bendele S, Suehs B. Texas medication algorithm project. Schizophrenia algorithms. Texas department of State Health Services. 2008.
3. Baron D, David W, Ning A. Other Psychiatric emergencies. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
4. Biological therapies. Kaplan & Sadock's. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
5. Crismon M, Argo T, Bendele S, Suppess T. Texas medication algorithm project. Bipolar disorder algorithms. Texas department of State Health Services. 2007.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
7. Florea R, Quoc H, Courtet P. Reasons for admission of psychotic patients to psychiatric emergency services. Eur neuropsychopharmacol. 2010; 20: S451-S452.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa, 2007.
9. Lipson R, Berlin J, Fishkind A, Zeller S. Emergency Psychiatry: Principles and Practice. Lippincott William and Wilkins, Philadelphia, 2008.
10. Petit JR. Handbook of Emergency Psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2004.
11. Rosenbaum JF, Arana GW, Hyman S, Lobbate LA, Fava M. Handbook of Psychiatric Drug Therapy. Lippincott William and Wilkins, Philadelphia, 2005.
12. Shah S, Fiorito M, McNamara R. A screening tool to medically clear psychiatric patients in the emergency department. J Emerg Med. In press.
13. Sudak H. Suicide. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
14. Suehs B, Argo T, Bendele S, Crismon M, Trivedi M, Kurian B. Texas medication algorithm project. Major depressive disorder algorithms. Texas department of State Health Services. 2008.
15. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007. WHO, Genève, 2007.