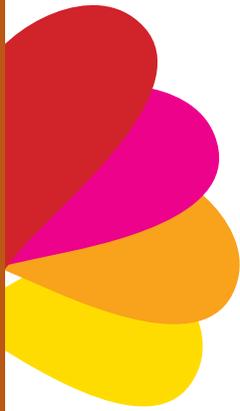


PROTOCOLO

4

Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud

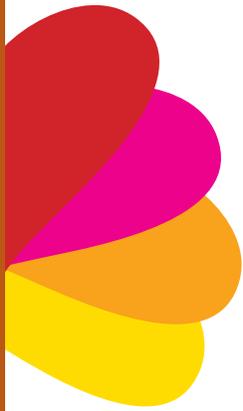




Índice

Actividades del ESF	5
Consideraciones que el personal de salud debe tener en cuenta al prestar atención a una persona con un cuadro depresivo o ansioso	5
Una comunicación efectiva se basa en la escucha responsable. Escuchar	6
En resumen	6
1. Protocolo de manejo clínico de personas con depresión y ansiedad	6
Subjetivo	6
Escala evaluativa si se sospecha depresión	6
En caso de depresión	6
Anamnesis para evaluar el riesgo suicida	7
Anamnesis para la ansiedad	7
Objetivo	7
Examen de las funciones psíquicas	7
Apreciación diagnóstica	8
Criterios diagnósticos del episodio depresivo	8
Signos y síntomas de las personas con trastorno de ansiedad	9
Plan	10
Manejo clínico de la depresión	10
Manejo clínico de la ansiedad	12

2. Protocolo de manejo de personas con trastorno psicótico agudo (Crisis aguda de un cuadro de esquizofrenia o fase maniaca del trastorno bipolar)	15
Subjetivo	15
Objetivo	15
Examen de las funciones psíquicas	15
Apreciación diagnóstica	16
Evaluación de la fase aguda	16
Criterios diagnósticos para esquizofrenia	17
Criterios diagnósticos de la fase maniaca del trastorno bipolar	17
Flujograma para diagnóstico diferencial	18
Plan	18
Manejo clínico del episodio psicótico agudo	18
Tratamiento específico del trastorno psicótico (esquizofrenia o fase maniaca con síntomas psicóticos del trastorno bipolar)	19
Manejo clínico del trastorno bipolar	20
Bibliografía	22



Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud

Este capítulo tiene como objetivo auxiliar al profesional en la evaluación de la función mental y en la evaluación y tratamiento básico de los principales trastornos mentales en APS.

Actividades del ESF

- Recibir, identificar, tratar y referir cuando esté indicado las situaciones de sufrimiento mental en todas las etapas del ciclo vital
 - Tener el registro de personas con trastornos mentales del territorio actualizado
 - Generar abordajes integrales familiares y comunitarios
 - Generar espacios en la USF y/o en las escuelas y/o en el territorio para actividades que mantengan y mejoren la salud mental
 - Acompañar a las personas con trastornos mentales atendidos por el equipo de salud mental de referencia, mediante visitas domiciliarias o consultas.
 - Construir estrategias de abordaje colectivo para la protección, prevención y acompañamiento de las situaciones de mayor prevalencia y de aquellas que presentan un riesgo potencial para el paciente y/o terceros (ej. suicidio, autoagresión, agresión a terceros)
- Realizar actividades grupales, talleres, actividades de convivencia comunitaria, culturales, de diversión, etc. con la participación de personas con trastornos mentales.

Consideraciones que el personal de salud debe tener en cuenta al prestar atención a una persona con un cuadro depresivo o ansioso

- Haga que la persona se sienta lo más cómoda posible
- Preséntese
- Pregúntele su nombre
- Empiece con una pregunta fácil
- Permita y ayude a que narre la situación por la que está pasando
- Escuche detenidamente, muestre interés
- Asuma una actitud empática
- Deje que la persona sea quien hable
- Permita el silencio. Intervenga si el silencio se prolonga demasiado
- Organice el seguimiento terapéutico (bio-psico-social)
- Cierre la entrevista: antes de terminar, pregúntele como se siente?, en que más le puede ayudar?, que más necesita?
- Llame a la persona por su nombre y brinde un saludo final.

Una comunicación efectiva se basa en la escucha responsable. ESCUCHAR

- Significa dejar hablar libremente a la persona
- Significa percibir tanto el contenido como los sentimientos
- Requiere sensibilidad
- Ayuda a establecer la confianza entre las partes
- Implica mantener contacto visual

En resumen

Respete: El derecho de las personas a la confidencialidad

Guíe: No brinde consejos o diga qué debe hacer la persona

Evite hacer juicios de valor sobre lo que oye, no juzgue, no critique

1. Protocolo de manejo clínico de personas con depresión y ansiedad

Subjetivo

Se exponen a continuación los modelos de anamnesis para investigar la depresión, el riesgo de suicidio y la ansiedad.

Escala evaluativa si se sospecha depresión

1- En las 2 últimas semanas ¿se sintió usted triste, desanimado/a, deprimido/a, durante la mayor parte del día casi todos los días?

2- En las 2 últimas semanas ¿tuvo usted sentimiento de no tener gusto por nada, de

haber perdido el interés o placer por las cosas que le agradaban habitualmente?

Si hay una respuesta "sí", hacer las siguientes preguntas:

A- ¿Su apetito cambió de forma significativa?

B- ¿Tuvo problemas de sueño casi todas las noches? (Problemas de sueño como dificultad para iniciar el sueño, despertarse en medio de la noche, dormir mucho)

C- ¿Habla o se mueve más lentamente que de costumbre, o por el contrario se siente más agitada/o o incapaz de quedarse quieto/a?

D- ¿Se siente casi todos los días, en la mayor parte del tiempo cansado/a, sin energía?

E- ¿Se siente sin valor o con culpa casi todos los días?

F- ¿Tiene casi todos los días dificultad en tomar decisiones, para concentrarse o problemas de memoria?

G- ¿Tiene a veces pensamientos feos, como "sería mejor estar muerto/a", o de hacerse mal a sí mismo/a?

- Si obtiene un "sí" en la pregunta 1 o 2 y además un "sí" en cualquier pregunta de la A a la G, hay un gran riesgo de depresión
- 3 o 4 respuestas positivas = depresión leve
- 5 a 7 respuestas positivas = depresión moderada
- 8 a 9 respuestas positivas o riesgo de suicidio o síntomas psicóticos = depresión grave

En caso de depresión:

- Evaluar el riesgo suicida (para ello ver a continuación)

- Considerar también la probabilidad de un trastorno afectivo bipolar para lo cual buscar antecedentes de cuadro depresivo anterior y presencia de episodios maníacos o hipomaniacos. Para investigar manía buscar síntomas de grandiosidad, exaltación, conductas agresivas, hiperactividad.

Anamnesis para evaluar el riesgo suicida

- 1- ¿Pensó usted que sería mejor estar muerto/a? _____ 1
- 2- ¿Quiere usted hacerse mal a sí mismo/a? _____ 2
- 3- ¿Pensó en suicidarse? _____ 3
- 4- ¿Tiene planeada alguna manera de matarse? _____ 10
- 5- ¿Intentó suicidarse recientemente? (hasta 1 año antes) _____ 10
- 6- ¿Alguna vez en su vida intentó suicidarse? _____ 4

Riesgo de suicidio

1-5 Leve 6-9 Moderado 10-33 Elevado

RECUERDE: El mejor predictor de suicidio en los antecedentes personales es una historia previa de tentativa de suicidio.

Anamnesis para la ansiedad

- 1- ¿Anda usted muy preocupado/a?
- 2- ¿Se siente agotado/a, tenso/a?
- 3- ¿Se siente muy irritado/a, o con "problemas de nervios"?
- 4- ¿Tiene problema para relajarse?

Si hubiera por lo menos dos "sí", haga las siguientes preguntas:

- 5- ¿Está durmiendo mal o tiene dificultades para dormir?
- 6- ¿Ha sentido dolor de cabeza, en el cuello, o malestar en la cabeza?
- 7- ¿Ha sentido mareos, sudor frío, diarrea, hormigueo, disconfort en el estómago, palpitaciones?
- 8- ¿Está preocupado/a por su salud?
- 9- ¿Le perjudican estos problemas en su calidad de vida y en sus relaciones con otras personas?

Respuestas positivas en 5 o más, con por lo menos 6 meses de evolución, indican fuerte riesgo para un diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Objetivo

Examen de las funciones psíquicas

1) Presentación y comportamiento, observar al paciente:

- Vestimenta: en la ansiedad es normal, en la depresión puede haber descuido en el cuidado personal
- Reacción al contacto o cómo se relaciona con el entrevistador/a
- Actividad motora: inquietud, movimientos involuntarios, postura

2) Cognitivo, observar el estado de:

- Conciencia: obnubilación, somnolencia, estupor, coma, letargo, estado de fuga (oculta su identidad, con tendencia a vagar)
- Orientación auto y allopsíquica (quién es, dónde está: lugar, hora, día, mes)

- Atención y concentración dirigida y espontánea (puede estar disminuída en la depresión)
- Memoria inmediata y remota: experiencia de los últimos días, eventos personales pasados por ejemplo cómo le fue en la escuela, casamiento u otros acontecimientos importantes en la vida
- Inteligencia: cálculo, lectura

3) Afectividad, humor, vitalidad

- Registrar la reacción y sintonía afectiva entre el discurso y el contenido, es decir, entre lo que dice, cómo lo dice y lo que hace
- Observar tendencia al llanto, tristeza, euforia, desinhibición, variación del humor durante el día, el estado de ánimo, la libido
- Evaluar disturbios del sueño, alteraciones del apetito y peso, e ideación suicida

4) Discurso

- Evaluar la velocidad del discurso, su calidad (si es coherente) y su continuidad (si hay asociación lógica entre los temas, ideas y asuntos). En el depresivo puede ser lento

5) Contenido del pensamiento

- Investigar preocupaciones, pensamientos recurrentes, dudas y miedos exagerados, fobias, actos compulsivos o rituales

6) Sensopercepción

- Despersonalización: es la sensación de irrealidad en relación a su propio cuerpo, sentirse raro. Es relativamente frecuente en trastor-

nos ansiosos y depresivos. En el inicio de un cuadro esquizofrénico en la adolescencia, puede observarse que se miran constantemente en el espejo, pues sienten su cuerpo cambiado, extraño

7) Juicio de realidad y autocrítica

- Juicio alterado con la presencia de delirios de diferentes grados. Para examinar la autocrítica usar preguntas como: "¿Cree usted que necesita tratamiento?"

8) Sueño

- Evaluar si presenta alteraciones en el sueño, como dificultad para conciliarlo, o se despierta varias veces durante la noche o si presenta despertar temprano con dificultad para volver a dormir

9) Deterioro funcional

- Valorar cuidado personal: aseo, afeitado, vestimenta, alimentación (se alimenta solo, se prepara el alimento)
- Valorar sus relaciones (vínculos) con la familia, amigos, trabajo
- Valorar productividad: acción, ocupaciones, creatividad

Apreciación diagnóstica

Criterios diagnósticos de episodio depresivo

Presencia de 2 síntomas fundamentales y 2 síntomas accesorios en un mínimo de 15 días.

Tiempo: Mínimo de 15 días de duración

Síntomas fundamentales

- humor deprimido
- pérdida de interés
- fatiga

Síntomas accesorios

- concentración y atención reducida
- autoestima y autoconfianza reducida
- ideas de culpa e inutilidad
- visión desolada y pesimista del futuro
- ideas o acciones auto lesivas o de suicidio
- sueño perturbado
- alteración del apetito (aumento o disminución)
- deterioro funcional (se ve en las fomas moderadas y graves)

Clasificación de la gravedad

- Episodio leve: 2 síntomas fundamentales y 2 accesorios
- Episodio moderado: 2 síntomas fundamentales y 3 o 4 accesorios
- Episodio grave: 3 síntomas fundamentales y más de 4 accesorios

Signos y síntomas en las personas con trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada

Las personas con trastorno de ansiedad pueden presentar algunos de los siguientes síntomas:

Manifestaciones somáticas

Constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta médica y su semiología polimorfa es a veces tramposa y puede ocultar el diagnóstico.

- Manifestaciones cardiovasculares (son las más frecuentes): palpitaciones, acce-

so de taquicardia, lipotimias, precordalgias, pseudo angor.

- Manifestaciones respiratorias: disnea, síndrome de hiperventilación, acceso de tos.
- Manifestaciones digestivas: espasmos faríngeos, espasmos gástricos o intestinales, colitis espasmódicas, espasmo ano rectal con tenesmo, crisis de hipo, hambre o sed paroxística.
- Manifestaciones génito urinarias: dolores abdominales bajos, cistalgias, poliuria, crisis poliúricas, trastornos sexuales (inhibición)
- Manifestaciones neurológicas, sensoriales, musculares: cefaleas, lumbalgias, dolores posturales, prurito, crisis de temblores, crisis de vértigos con sensación de inestabilidad, fatiga.

Manifestaciones psíquicas

- Nerviosismo, inquietud, irritación. Preocupación por el futuro
- Trastorno del sueño. Llanto explosivo
- Afecta: la percepción, el pensamiento y el aprendizaje

Trastorno de pánico

Si se da alguna de las siguientes características sospeche trastorno de pánico:

- Ansiedad grave recurrente no limitada a ninguna situación
- Palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo
- Despersonalización (sentirse extraño a sí mismo), desrealización (sentir extraño el entorno)
- Miedo a morir. Miedo a perder el control o enloquecer
- Dura algunos minutos.
- Muchas veces los pacientes tratan de evitar el lugar o la situación en que ocurrió la crisis
- Se presentan varios ataques graves de ansiedad vegetativa durante al menos un mes
- Predomina en mujeres

Plan

Manejo clínico de la depresión

La conducta terapéutica debe realizarse por un abordaje múltiple:

1. Educación del paciente y sus familiares

Puntos principales que tienen que ser aclarados en la educación de pacientes y familiares:

- La depresión no es debilidad de carácter ni falta de voluntad
- La depresión no es causada por falta de ocupación
- La depresión no mejora ni espontáneamente ni con el esfuerzo personal
- Los medicamentos para la depresión no causan dependencia

- La depresión es una dolencia o enfermedad, para la cual existe tratamiento y en gran parte de los casos, es curable

2. Tratamiento no farmacológico y abordaje psicosocial

Existen técnicas y manejo psicoterapéuticos que son complementarios al tratamiento farmacológico y que deben ser realizados por especialistas (psicoterapeutas). Las técnicas más investigadas son:

- Terapia cognitivo conductual
- Terapia interpersonal breve
- Terapia de solución de problema
- Modalidades psicodinámicas

El énfasis terapéutico está centrado en la comprensión de los mecanismos y de los síntomas de la depresión, en la activación del paciente con refuerzo de las actividades placenteras (agenda positiva), en el combate a los pensamientos negativos y en el abordaje de resolución de problemas

3. Abordaje psicofarmacológico

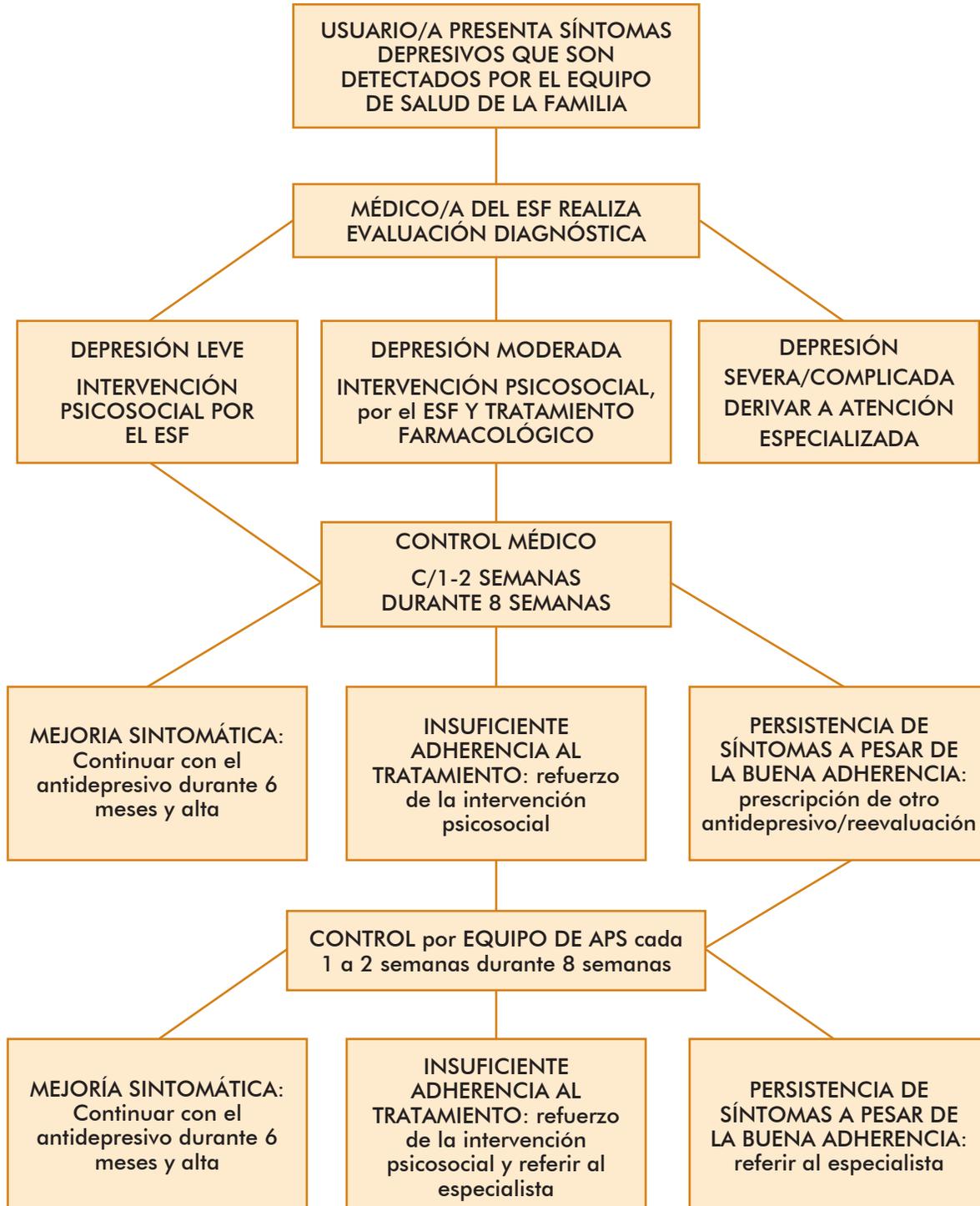
Medicamento	Dosis	Vida media (horas)
Tricíclicos		
Amiptrilina*	25- 300 mg/día	16 – 26
Imipramina	25- 300 mg/día	7- 17
Clorimipramina*	25- 250 mg/día	21- 31
ISRS		
Fluoxetina*	10 a 80 mg/día	24 a 72
Paroxetina*	10 a 60 mg/día	9 a 28
Sertralina	50 a 200 mg/día	24 a 26
Citalopram	10 a 40 mg/día	Menos de 33
Otros		
Bupropion*	100 a 450 mg/día	8 a 39
Venlafaxina	75 a 375 mg/día	5

*figuran en el listado de medicamentos esenciales del MSP y BS

RECUERDE: Informar al paciente del tiempo de latencia (tiempo en que empiezan a actuar los antidepresivos) de la medicación psicofarmacológica, que es entre 4 a 6 semanas de iniciado el tratamiento

4. Trabajo integrado con el especialista de referencia en el acompañamiento y en situaciones de emergencia

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DEPRESIÓN



Manejo clínico de la ansiedad

Procedimiento del médico de familia en el manejo de la ansiedad

- Establecer una buena comunicación con el/la paciente, esclareciéndole los problemas de salud y preparándolo/a para los procedimientos en general
- Utilizar el tratamiento farmacológico para la ansiedad y tratar los problemas de adicción y abstinencia
- Manejar los casos de ansiedad no complicada, utilizando técnicas psicoterapéuticas o de consejería
- En los casos complicados o cuando no se tiene éxito en el tratamiento, hacer **supervisión de caso o entrevista conjunta** en las reuniones de acompañamiento con el equipo especializado local

Abordaje psicoterapéutico en la ansiedad

El médico/a y su equipo pueden desarrollar dos estrategias en atención primaria para el manejo psicoterapéutico de la ansiedad, los grupos de apoyo y la técnica de resolución de problemas:

1. Los **grupos de apoyo** pueden utilizar los servicios como espacio de catarsis, de elaboración, por medio de la identificación, del fortalecimiento, por la organización de un “ego grupal” que empodera a sus participantes.

2. La **técnica de resolución de problemas** que hace de la consulta un espacio en el cual el/la paciente refleja los problemas por los que está atravesando. Permite, en ese sentido, que diferentes alternativas de solución sean traídas por los/las usuarios/as, funcionando como un apoyo para el enfrentamiento de problemas y fortalecimiento de la autonomía del paciente. El médico/a puede estimular al/la paciente a pensar en una lista de problemas, posibles soluciones, actividades que dan placer, etc.

Técnica de resolución de problema	Lista de problemas	Posibles soluciones	Actividades para el placer
ANSIEDAD	-ideas obsesivas -tensión -miedo -evitación	-evaluar irracionalidad -técnicas de relajación -enfrentamiento -enfrentamiento	Reunión de amigos Deportes Espiritualidad Manualidades
DEPRESION	-Tristeza -Ideas patológicas	- poner tiempo -sustituirlas	

Abordaje farmacológico de la ansiedad:

El cuadro de abajo aborda aspectos de los fármacos utilizados en el manejo de la ansiedad

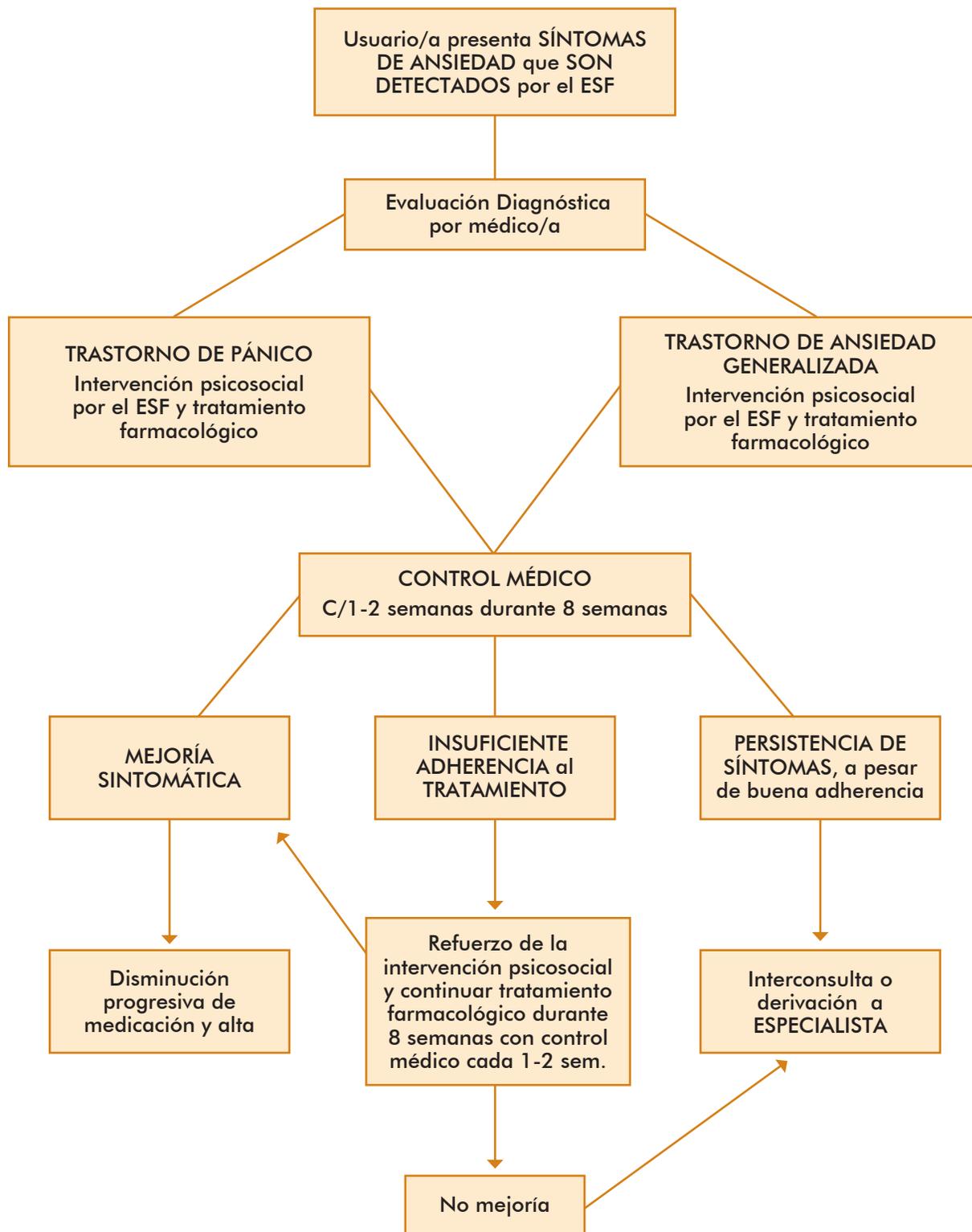
medicamentos	posología	indicaciones	efectos adversos
Beta bloqueadores		FS	
Propranolol	20 a 80 mg/día		Bradycardia, hipotensión, broncoespasmo, depresión, languidez, fatiga, somnolencia, disfunciones sexuales
ISRS		TP,FS,TAG,TOC,TEPT	
Fluoxetina*	20 a 80 mg/día		Anorexia, ansiedad, cefalea, diarrea, disminución del apetito, fatiga, inquietud, dolor epigástrico, insomnio, pérdida de peso, náuseas, nerviosismo, disfunción sexual
Paroxetina*	20 a 60 mg/día		Boca seca, cefalea, constipación, disminución de la libido, fatiga, languidez, insomnio, náuseas, sedación, somnolencia, sudoración, mareos, temblores finos, vértigos
Sertralina	50 a 200 mg/día		Náuseas, dolor epigástrico, fatiga, facies abotagada, boca seca, somnolencia, sedación, mareos, temblores, inquietud, disfunción sexual
Citalopram	20 a 60 mg/día		Cefalea, facies abotagada, disminución de la libido, insomnio, náuseas, somnolencia, sudoración, mareos, temblores finos
Antidepresivos tricíclicos		TP, TAG	
Imipramina	50 a 250 mg/día		Aumento del apetito, boca seca, constipación, aumento de peso, eyaculación retardada, fatiga, sedación, mareos, visión borrosa
Clorimipramina	75 a 250 mg/día		Aumento del apetito, boca seca, constipación, aumento de peso, eyaculación retardada, fatiga, sedación, mareos, visión borrosa
Benzodiazepínicos		TP, FS, TAG	
Clonazepam	0,5 a 3 mg/día		Abstinencia, ataxia, desatención, fatiga, pérdida memoria, sedación, somnolencia
Alprazolam	0,25 a 2 mg/día		Abstinencia, ataxia, déficit de atención, disminución de los reflejos y del desempeño psicomotor, fatiga, sedación, somnolencia Produce dependencia y adicción

ISRA= inhibidores de la recaptación de serotonina

FS= fobia social; TP= trastorno de pánico; TAG= trastorno de ansiedad generalizada; TOC= trastorno obsesivo compulsivo; TEPT= trastorno de estrés post traumático

*figuran en el listado de medicamentos esenciales del MSP y BS

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD



2. Protocolo de manejo clínico de personas con trastorno psicótico agudo (Crisis aguda de un cuadro de Esquizofrenia o fase maniaca del trastorno bipolar)

Subjetivo

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica que refleje el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

a) Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general. El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. La presencia de síntomas agudos entre 48 horas a dos semanas no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo.

b) Presencia de síndromes típicos. Los síndromes típicos seleccionados son en primer lugar el estado de ánimo rápidamente cambiante y variable, "polimorfo" (de distintas características) y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

c) Presencia de estrés agudo. La presencia de estrés agudo puede también especificarse, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de las personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos

de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

d) Ausencia de una causa orgánica, tal como conmoción cerebral, delirium o demencia. Puede observarse también perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata. Pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.

Objetivo

Examen de las funciones psíquicas

1) Presentación y comportamiento, observar al/la paciente:

- Se muestra exaltado/a, inquieto/a, confuso/a, con aumento de la actividad motora
- Vestimenta: en la manía se ven extravagancias
- Reacción al contacto o cómo se relaciona con el entrevistador/a. La persona responde con monosílabos, se muestra desconfiada
- Actividad motora: inquietud motora (la persona no queda quieta, baila, canta, grita)

2) Cognitivo, observar el estado de:

- Conciencia: no hay alteración de la conciencia
- Orientación: puede estar parcialmente desorientado en tiempo y espacio
- Atención y concentración dispersa

- Memoria inmediata y remota: le cuesta contestar datos de la memoria, experiencia de los últimos días, se investiga eventos personales pasados por ejemplo cómo le fue en la escuela, casamiento u otros acontecimientos importantes en la vida, los cuales están conservados

3) Afectividad, humor, vitalidad

- Registrar la reacción y sintonía afectiva entre el discurso y el contenido: entre lo que dice, como lo dice y lo que hace. Puede estar lábil, desconfiado, temeroso, desinhibido
- Observar tendencia al llanto, tristeza, euforia, desinhibición. Variación del estado de ánimo durante el día
- Evaluar disturbios del sueño, alteraciones del apetito y peso, e ideación suicida

4) Discurso

- Evaluar la velocidad del discurso, su calidad (si es coherente) y su continuidad (si hay asociación lógica entre los temas, ideas y asuntos). En la manía puede estar acelerado con fuga de ideas, es decir pasa de un tema a otro sin conexión entre sí.

5) Contenido del pensamiento

- Investigar si hay delirios (ideas patológicamente falseadas, que no tienen sustento lógico.). Puede estar delirante, con contenidos místicos, o de persecución, o de poderes.

6) Sensopercepción

- Alucinación o percepción irreal que ocurre en ausencia del estímulo externo. Las alucinaciones pueden ser auditivas (escuchan que le hablan, como las verbales en tercera persona más comunes en psicosis), visuales (se les presentan visualmente personas, imágenes o cosas que no existen), olfativas, gustativas o táctiles. Éstas últimas son más comunes en disturbios orgánicos.

- Despersonalización: es la sensación de irrealidad en relación a su propio cuerpo, sentirse raro. En el inicio de un cuadro esquizofrénico, puede verse en los/as adolescentes que se miran constantemente en el espejo, pues sienten su cuerpo cambiado, extraño.

7) Lenguaje

- Divagatorio, disgregado, incoherente, lleno de neologismos (inventa palabras que no existen o a una palabra conocida le da otro significado). También puede presentar negativismo, contesta con monosílabos, o mutismo.

8) Juicio de realidad y autocrítica

- Juicio alterado en la presencia de delirios (con gradaciones). No tiene conciencia de su situación. Para examinar la autocrítica usar preguntas como: "¿Cree usted que necesita tratamiento?"

9) Sueño

- Evaluar si presenta alteraciones en el sueño, como dificultad para conciliar el sueño, o se despierta varias veces a la noche o tiende despertar temprano con dificultad para volver a dormir.

10) Deterioro funcional

- Valorar cuidado personal: aseo, afeitado, vestimenta, alimentación.
- Valorar sus relaciones (vínculos) con la familia, amigos, trabajo
- Valorar productividad: acción, ocupaciones, creatividad

Apreciación diagnóstica

Evaluación de la fase aguda. Puede presentar:

- Conductas desorganizadas (no hay finalidad en sus actos ni coherencia entre lo que dice y hace).

- Ideas o delirios de muerte.
- Excitación marcada.
- Conductas agresivas contra sí mismo o contra terceros.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes

Pasada la fase aguda la persistencia de los síntomas nos hace pensar en el diagnóstico de esquizofrenia cuando se cumplan los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos para esquizofrenia

Se diagnostica esquizofrenia con la presencia de 1 síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos del 1 al 4; o síntomas de por lo menos 2 de los grupos referidos entre los grupos 5 y 8, que hayan estado presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de 1 mes o más

1. Eco, robo o inserción del pensamiento: la persona siente que su pensamiento se repite como un eco o cree que otros/as le roban su pensamiento o que le introducen pensamientos dentro de sus pensamientos
2. Ideas delirantes de ser controlados, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros
3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o discuten entre ellas sobre la persona
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles
5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando van acompañadas por ideas delirantes no estructuradas

6. Interpolación o bloqueo en el curso del pensamiento: la persona siente que algo o alguien introduce pensamientos en el suyo o le bloquea los mismos, que da lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente, lleno de neologismos
7. Manifestaciones catatónicas: tales como posturas características o flexibilidad cética (se coloca a el o la paciente en posturas forzadas, incómodas y quedan horas o días en esa postura hasta que alguien lo cambia de posición), negativismo, mutismo, estupor
8. Síntomas negativos: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, retraimiento social. Ociosidad, falta de objetivos, estar absorto, pérdida de interés y aislamiento social

Trastorno bipolar

Pasada la fase aguda psicótica, la persistencia de los síntomas psicóticos más la presencia de síntomas del área afectiva o del estado de ánimo nos sugiere que se trata de un trastorno bipolar. El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, cíclica, donde se alterna la fase depresiva con la fase maniaca.

Criterios diagnósticos de la fase maniaca del trastorno bipolar

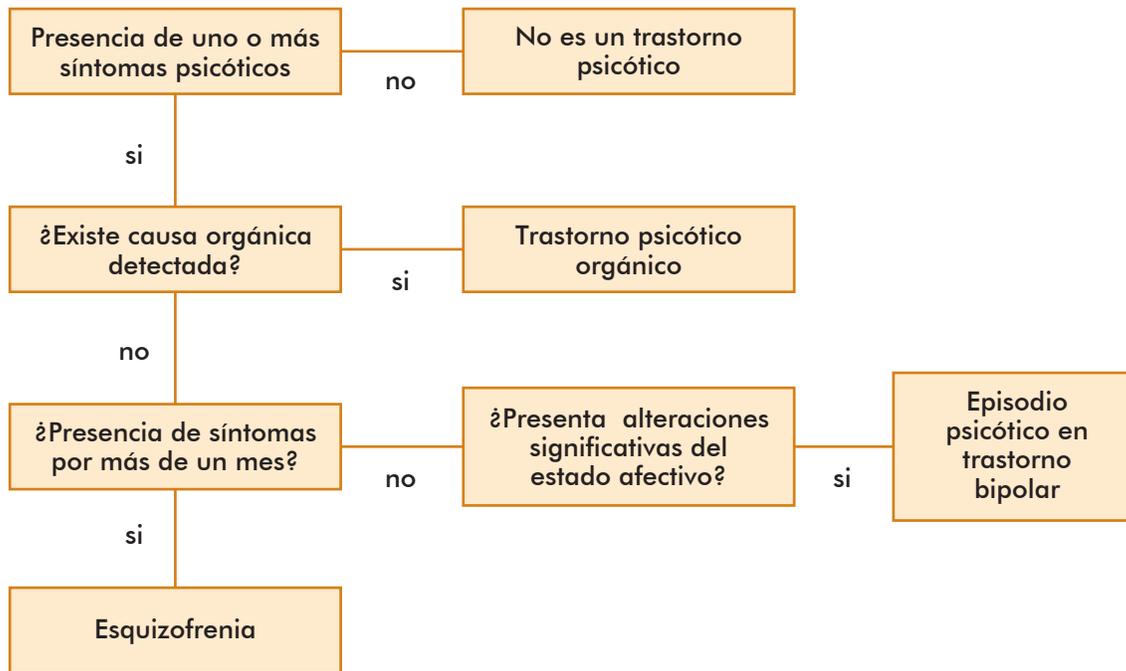
Episodio de al menos una semana de duración, con un humor predominantemente exaltado, expansivo, irritable o suspicaz claramente anormal para el individuo.

Además, deben presentarse al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el humor es simplemente irritable o suspicaz) que interfieren gravemente con la actividad social y laboral:

1. Aumento de actividad o inquietud psicomotriz
2. Aumento notable de la locuacidad (logoreya)

3. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado
4. Pérdida de las inhibiciones sociales que da lugar a comportamientos inadecuados para las circunstancias y el carácter del individuo
5. Disminución de las necesidades de sueño
6. Aumento exagerado de la estima de sí mismo o ideas de grandeza
7. Facilidad para distraerse o cambios constantes de actividades o de planes
8. Comportamientos temerarios o imprudentes que implican riesgos no reconocidos como tales por el individuo, por ejemplo, grandes gastos de dinero, proyectos insensatos o conducción imprudente
9. Marcado aumento en el vigor sexual o promiscuidad sexual

Flujograma para diagnóstico diferencial



Plan

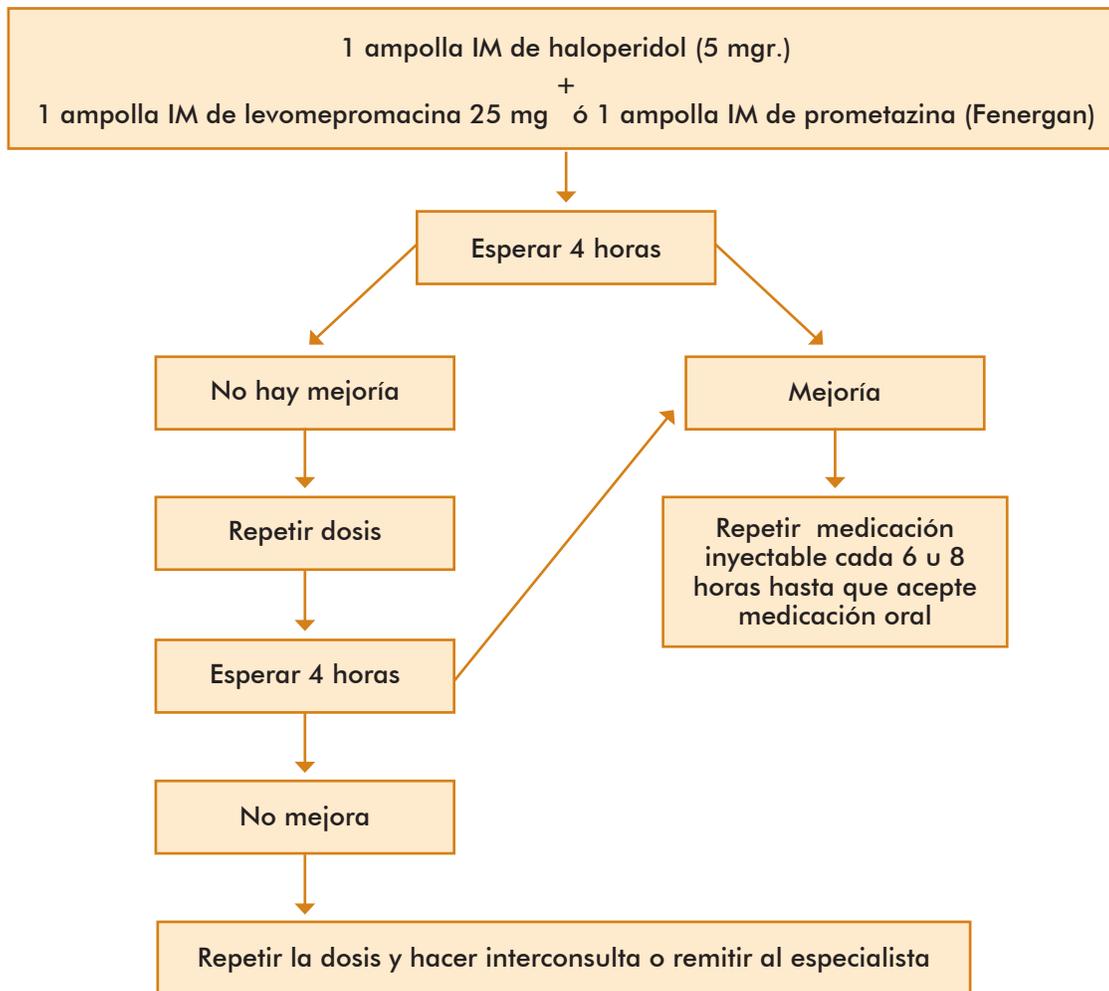
a. Manejo clínico del episodio psicótico agudo

Contención química

Iniciar con una ampolla de haloperidol (5 mgr.) intramuscular y una ampolla de levo-

mepromazina 25 mgr intramuscular o una ampolla de prometazina (Fenergan)

Esperar 4 hs. Si no hay mejoría: Repetir la dosis y así sucesivamente hasta que la persona disminuya su excitación psicomotriz



Si hay mejoría volver hacer inyectable cada 6 a 8 horas hasta que el el/la paciente acepte medicación vía oral

Precauciones a tomar:

Medición de presión arterial

Antes de repetir la dosis de inyectable de los anti psicóticos. Si la P/A es menor a 80/50: no repetir la dosis hasta que aumente.

Observar efectos colaterales

Puede sobrevenir espasmo de torsión: el paciente puede tener una torcedura del cuello, desvío de los ojos, contractura de miembros. Se trata con una ampolla de Akineton (biperideno).

Contención mecánica

Evaluar la necesidad en el momento de crisis aguda. Una manera de contención mecánica es envolver al paciente con una sábana o frazada todo el cuerpo.

b. Tratamiento específico del trastorno psicótico (esquizofrenia o fase maniaca con síntomas psicóticos del trastorno bipolar)

Iniciar con un antipsicótico atípico (risperidona 3 mgr./día u olanzapina 10 mgr/día) o típico (haloperidol de 5 o 10 mg, entre 15 a 45 mg/día).

Si la dificultad de sueño es muy persistente agregar 1/2 a 1 comprimido de levomepromazina de 25 mg. a la noche.

Esperar resultados a la primera o segunda semana. Si no mejoran los síntomas positivos: alucinaciones, delirios, inquietud motora, se deberá realizar interconsulta o remitir al especialista.

El tratamiento será prolongado: continuar con la dosis adecuada por meses o años. El paciente puede volver a tener crisis aguda durante el trascurso del tratamiento.

c. Manejo clínico del trastorno bipolar

Los medicamentos más eficaces para controlar los síntomas del trastorno bipolar son los estabilizadores del ánimo. El profesional puede también prescribir otro medicamento para ayudar con el insomnio, la ansiedad, la inquietud, o los síntomas psicóticos.

¿Qué son los estabilizadores del ánimo?

Los estabilizadores del ánimo son medicamentos usados para mejorar síntomas durante episodios agudos maníacos, hipomaniacos y mixtos. Pueden a veces también reducir síntomas de depresión. Son el apoyo del tratamiento preventivo a largo plazo tanto para la manía como para la depresión en el trastorno bipolar.

Afortunadamente, cada uno de los estabilizadores de ánimo tiene diferentes acciones químicas en el cuerpo. Si uno no tiene efecto en el paciente o tiene efectos secundarios persistentes, se debe cambiar a otro, o a dos medicamentos en combinación. Para los tres estabilizadores del ánimo se hacen pruebas de sangre para determinar la dosis

correcta y para monitorear la seguridad del efecto correcto.

1. Litio

Puede ser tóxico por lo que se debe medir la litemia y ajustar la dosis de acuerdo a ella. El litio compite con el NaCl por lo que no se debe indicar en regímenes sin sal o con diuréticos que hagan perder sodio.

Dosis inicial: 900 mg diarios. Luego ajustar según litemia

Litemia: entre 0.8 a 1.2 mEq./ml Tener en cuenta que 2 mEq/ml es tóxico

2. Carbamazepina

Dosis: 600 a 1.200 mgrs/día

Control en sangre = valor normal = 4 – 12 mg/ml

3. Acido valproico y sus derivados

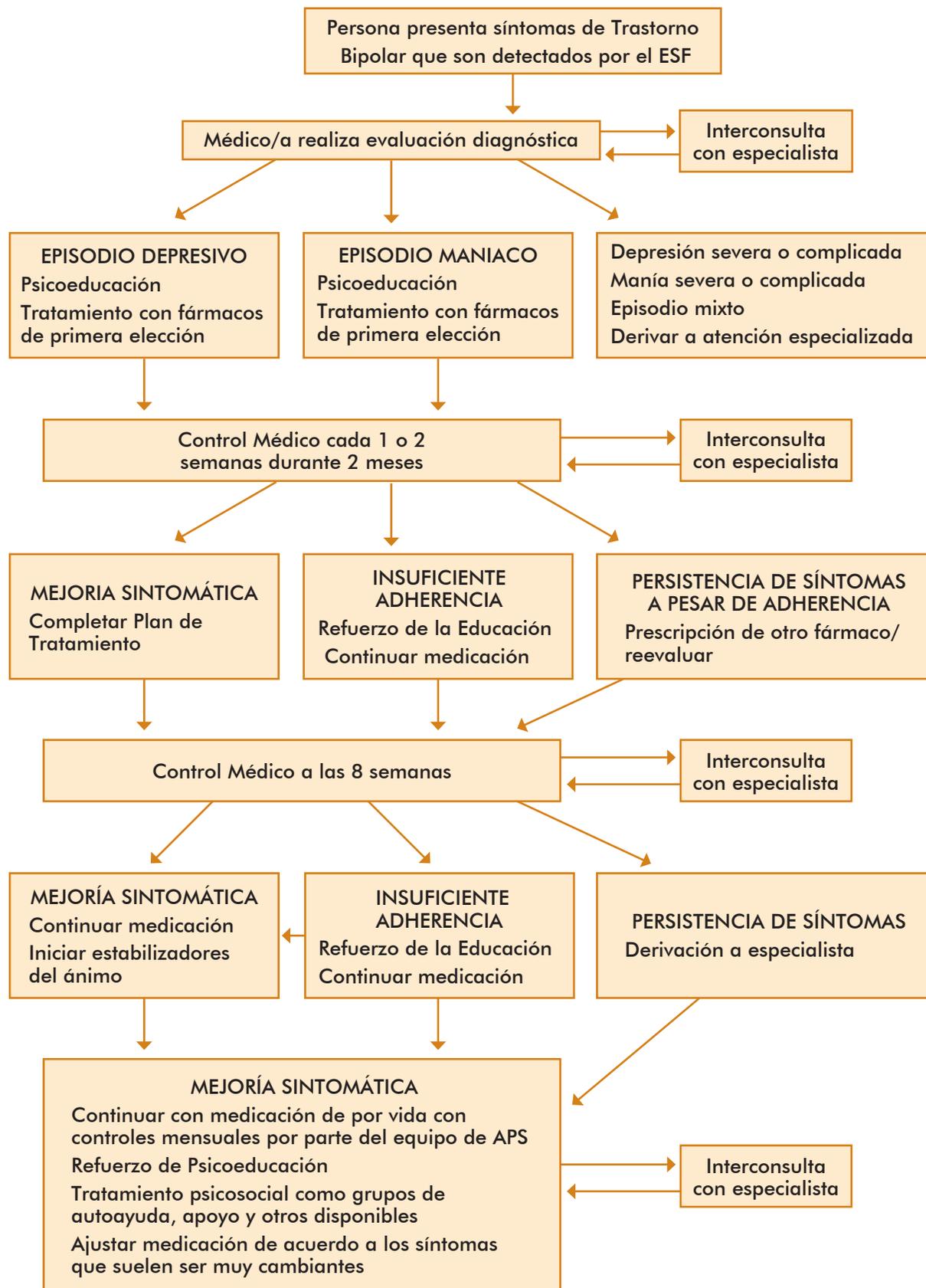
Dosis: 2 mgrs (máx 2gr.)

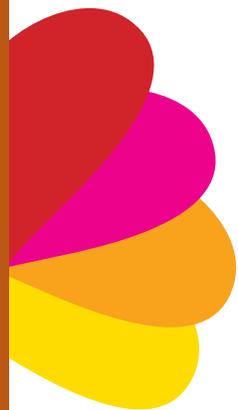
Control en sangre: óptimo 50 y 100 mEq. Valores más bajos son ineficaces y más altos producen efectos adversos.

Precauciones: cuando se indica ácido valproico o sus derivados o carbamazepina se deberá controlar periódicamente el funcionamiento hepático (1 vez al año).

Duración del tratamiento: los anti psicóticos se pueden disminuir hasta suspender cuando se supera la fase aguda. Sin embargo los estabilizadores del estado de ánimo se tomarán toda la vida.

Flujograma de atención a personas con Trastorno Bipolar





Bibliografía

Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10)

José Luis Vázquez- Barquero, *Psiquiatría en atención primaria*, Editorial: Grupo Aula Médica, Madrid 1998

MSPyBS-Paraguay, *Contenido Programático para los Equipos de Salud de la Familia*, 2010

MSPyBS-Paraguay, *Manual del Curso a distancia en droga y salud mental*, 2009





PROTOCOLO 4

**Manejo clínico de
trastornos mentales en
atención primaria
de la salud**