

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO DE
MEDICINA GENERAL"
MODULO III**

ENFERMEDADES:

**DEL SISTEMA URINARIO, NERVIOSO Y
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS.**

ENERO - 2006

Presentación



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Proceso de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las “ **GUIAS DE MANEJO DE MEDICINA GENERAL- MODULO III**”, serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta disciplina en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



Ing. Jorge Mariano Pinto
DIRECTOR GENERAL ISSS



"GUIAS DE MANEJO DE MEDICINA GENERAL" MODULO III

**ENFERMEDADES:
DEL SISTEMA URINARIO, NERVIOSO Y
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS.**

ENERO - 2006

COMITÉ NORMATIVO Y TÉCNICO

JEFE
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA

JEFE DEPTO. DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	<i>DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES</i>
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	<i>DRA. IZAYANETH DE BAIZA DR. CÉSAR EDUARDO JIMÉNEZ DR. ODILIO ARCIDES LINARES DR. MARIO MARTÍNEZ CALDERÓN DR. MARCO ANTONIO SALAZAR DR. ROBERTO FRANCISCO BONILLAR</i>
OTORRINOLARINGOLOGIA	<i>DR. RICARDO PATIÑO DR. WALTER SALINAS DR. AMÉRICO FUENTES DR. REYNALDO VILLENA</i>
MEDICINA INTERNA	<i>DR. GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA DR. GUILLERMO VAQUERAZO DR. LUIS GERARDO HIDALGO DRA. GUADALUPE DE ARAUJO DRA. MARISOL ALVARENGA</i>
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA Y EDUCACIÓN CONTÍNUA	<i>DRA. GIANIRA CHÁVEZ DE BENÍTEZ LICDA. TELMA CECILIA BARILLAS DE QUIJANO</i>
PERSONAL REPRESENTANTE QUE REVISÓ LAS GUÍAS DE MEDICINA GENERAL	<i>DR. RODOLFO LÓPEZ ORELLANA DR. DANIEL RIVERA DRA. FLOR ELIZABETH MERINO FLORES DRA. LUCÍA RAMÍREZ DE MIRA</i>

Indice

No.	CONTENIDO	No. DE PÁGINA
	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	
1.	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA	1
2.	INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS	5

	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	
3.	VERTIGO Y MAREOS	15
4.	MIGRAÑA Y CEFALEA	20
	ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	
5.	ESQUIZOFRENIA	24
6.	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL	30
7.	TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA	37
8.	TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO	43
9.	ABSTINENCIA DE COCAINA	48
10.	DISTIMIA	52
11.	TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO	58
12.	REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO	62
13.	SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA	65
14.	PACIENTE AGITADO	74
15.	EPISODIO DEPRESIVO	82
16.	TRASTORNO DE PANICO	92

ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA

CIE 10=N 40

DEFINICIÓN:

Entidad histopatológica específica, caracterizada por hiperplasia de células epiteliales y estromales, provocando aumento en el tamaño de la próstata y una obturación infravesical al flujo de salida de orina.

La próstata, glándula exocrina serosa la más grande del aparato reproductor masculino. Tiene el tamaño y la forma de una castaña y su base adherida a la superficie inferior de la vejiga urinaria.

EPIDEMIOLOGÍA:

La hiperplasia prostática benigna (HPB) se presenta en el hombre maduro, produce grado variable de obstrucción en la uretra a la salida de la vejiga, su etiología no está bien definida, pero puede implicar alteraciones del equilibrio hormonal asociado al envejecimiento.

Es la enfermedad más frecuente de la práctica urológica, su prevalencia va del 14% en hombres de 40 años al 40% a los 70 años. La sintomatología inicia a los 40 años, continuando con progresivo e inexorable crecimiento, a medida que aumenta la edad.

Los datos indican también que su frecuencia en hombres de forma asintomática es mayor a lo esperado, hasta del 80%.

FACTORES DE RIESGO:

- El Envejecimiento del hombre.
- Factores hormonales.
- Factores socioculturales.
- Alimenticios.
- El Cigarrillo.

- La Vasectomía.
- Cirrosis Hepática.
- Hipertensión Arterial.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

NUEVA TERMINOLOGÍA: Síntomas del tramo urinario inferior sugerentes de obstrucción prostática benigna. Clasificándolos en síntomas obstructivos e irritativos.

SIGNOS, SINTOMAS Y OTROS DATOS CLÍNICOS:

Escala Internacional de Síntomas Prostáticas, (I-PSS)

- A) Hesitancia.
- B) Disminución del chorro de orina en fuerza y calibre.
- C) Intermitencia y Goteo Terminal.
- D) Tenesmo Vesical.
- E) Nocturia.
- F) Retención Aguda de Orina.
- G) Disuria.
- H) Hematuria.
- I) Infección de Vías Urinarias.
- J) Urgencia Urinaria.
- K) Urgencia con Incontinencia Urinaria.
- L) Evaluar Función Sexual.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- 1) Hipertrofia del Cuello Vesical.
- 2) Esclerosis Cuello Vesical.
- 3) Estenosis Uretral.

- 4) Litiasis Vesical.
- 5) Cálculo Enclavado en Uretra.
- 6) Problemas Funcionales Vesicales: (Diabetes Mellitus, Antecedentes de Traumatismo o Cirugía Pelviana, Antecedentes de ACV. Traumatismos Medulares, Otras enfermedades del SNC.)

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

PRUEBAS RECOMENDADOS:

- ◆ General de Orina, y Urocultivo.
- ◆ Nitrógeno ureico y Creatinina.
- ◆ Diario Miccional.
- ◆ P. S. A.

PRUEBAS OPCIONALES:

- ◆ Píelograma Endovenoso con Rx. Postmicción.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- ◆ Hematuria con Retención Aguda de Orina.
- ◆ Hematuria Macroscópica.
- ◆ Infección de Vías Urinarias con elevación de Temperatura Mayor de 38 Grados C.

PLAN TERAPÉUTICO:

- ◆ La Retención Aguda de Orina, constituye una emergencia Urológica y se tratara en la Unidad de Emergencia. así: Colocar sonda Transuretral tipo Foley N° 14 o 16 Fr., con balón de 5-10 cc., de agua y se dejara en permanencia. Se le entregaran dos Referencias, la primera dirigida a la unidad de cambio de sonda y dilataciones del Servicio de Urología, donde se le cambiara la sonda cada 15 días, a partir de la fecha en que fue colocada, previa evaluación del estado general del paciente

especialmente para continuar igual o cambiar el tratamiento. La segunda referencia dirigida a la unidad de Consulta Externa de Urología en el Consultorio de Especialidades, para que se le asigne el Urólogo, según la fecha de su emergencia, para su control y tratamiento definitivo. En este tipo de pacientes que ya presento Retención Aguda de Orina es necesario evaluar el tratamiento intervencionista ya que demuestra claramente que existe obstrucción, pero hay que tomar otras evaluaciones y antecedentes dentro de la historia clínica que es candidato para proceder con el tratamiento seleccionado para eliminar el tejido prostático obstructivo.

- Se recomienda el uso de antibióticoterapia posterior a la colocación de la sonda Transuretral, por un periodo de 10 días (Ciprofloxacina 500 mgrs., cada 12 horas.) y luego el uso de antisépticos Urinarios, tipo Nitrofurantoina o Metenamina durante el tiempo que sea necesario. (Uvamin Retard, o Hiprex 1 g.) una tab., cada día. Recomendándole abundante ingesta de líquidos así como los cuidados respectivos de sonda vesical.
- El desarrollo de la obstrucción prostática, puede afectar de manera importante la calidad de vida de los varones de edad avanzada, pero raramente es potencialmente mortal.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

- Tratamiento con Antagonistas de Receptores Alfa Adrenergicos, (Clorhidrato de Terazosin 2 y 5 mg, Doxazocina Mesilato 2 y 4 mg. cada día, Alfuzosina 10 mg. Cada día).
- Inhibidores de la 5 Alfa Reductasa (Finasteride 5 mg.).
- Fitoterapia (Pygeum Africanum 50 mg., Extracto lípido esterolico de Serenoa Repens 160 mg).

INCAPACIDAD:

30 días postoperatorio.

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

CIE-10 N 30

DEFINICIÓN

Es la respuesta inflamatoria del urotelio a la invasión bacteriana, generalmente acompañada de bacteriuria y piuria.

BACTERIURÍA: Presencia de bacterias en la orina la cual puede ser sintomática o asintomática.

PIURÍA: Es la presencia de leucocitos en la orina y es generalmente indicativa de una respuesta inflamatoria del uroepitelio a la invasión bacteriana. La presencia de piuria sin bacteriuria obliga a una evaluación para tuberculosis, calculos o cáncer.

EPIDEMIOLOGÍA

Dentro del perfil epidemiológico las infecciones urinarias constituyen la segunda causa de las enfermedades infecciosas.

La infección urinaria en el hombre adulto es menos frecuente que en la mujer; sin embargo la incidencia aumenta después de los 50 años y luego a los 65 años es similar a la de las mujeres.

El 11% de las mujeres presentan un cuadro de infección de vías urinarias en el lapso de un año y más de la mitad de las mujeres presenta cuando menos un cuadro de IVU en el transcurso de su vida.

La prevalencia de bacteriuria asintomático es de 3.5%; pero se incrementa con la edad alrededor de 1 a 2 % por decada. Es más común en los varones y mujeres ancianas, alcanzando tasas de hasta un 40-50%.

ETIOLOGÍA

Muchos microorganismos pueden infectar las vías urinarias, pero los agentes más frecuentes son:

Gram negativos:

- Escherichia Coli, la cual origina el 80% de las infecciones agudas.
- Proteus y Klebsiella que son más frecuentes en personas con litiasis.
- Enterobacter, Serratia y Pseudomona.

Gram. Positivos:

- Staphilococcus Saprophyticus, frecuente en mujeres jóvenes.
- Streptococcus Agalactiae
- Enterococcus (Indica infección mixta o patología urinaria orgánica o contaminación).
- Staphilococcus Aureus, (ante su presencia debe de descartarse la vía hematógica, si el paciente no es portador de sonda urinaria).

Otros:

- Cándida (más frecuente en diabéticos, pacientes con sonda urinaria y pacientes que han recibido tratamiento con antibióticos previamente).

FACTORES DE RIESGO:

- Sexo (más frecuente en mujeres).
- La actividad sexual (factor mecánico).
- El embarazo.
- La existencia de obstrucción urinaria (Prolapso uterino, cálculo, Rectocele o Cistocele).
- La disfunción vesical neurógena.
- El Reflujo Vesicoureteral.
- Situaciones que alteran la flora normal de la vagina (Menopausia, uso de espermicidas).
- Las malformaciones genéticas en el tracto urinario son circunstancias que favorecen la presentación de las infecciones en orina.

CLASIFICACIÓN

Además de ser de notificación obligatoria, con mucha frecuencia forma parte del perfil epidemiológico local.

Existen dos maneras de agrupar a las infecciones urinarias. Desde el punto de vista de las características del paciente y de acuerdo al su sitio anatómico.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE:

1. No Complicadas:

Infección Urinaria en un paciente por lo demás sano (No diabetes, embarazo) y con un tracto urinario estructural y funcionalmente normal.

2. Complicadas:

Infección Urinaria en un paciente con diabetes, embarazo, Inmunosuprimido, etc.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATÓMICO:

SE PUEDEN CLASIFICAR EN:

A) Infección de vías urinarias baja:

- Cistitis aguda
- Uretritis.

B) Infección de vías urinarias altas:

- Pielonefritis aguda
- Prostatitis
- Abscesos Intrarrenales
- Perinefriticas.

También se podrán considerar las infecciones urinarias de acuerdo a su historia natural y la adecuación de un tratamiento individualizado.

- a) Infecciones aisladas.
- b) Infecciones no resueltas.
- c) Infecciones recurrentes:

Reinfecciones: son los casos de una nueva infección de vías urinarias con un nuevo agente causal, después de que una infección había sido erradicada. Alrededor del 95 % de las recurrencias en mujeres son reinfecciones, probablemente debido a alguna alteración de los mecanismos de defensa del paciente.

Persistente bacteriana: Infección urinaria que aparece después que los cultivos de orina de control de la infección inicial han sido negativos, reapareciendo después el mismo organismo debido a que existe en el tracto urinario algún foco de infección que no fuera erradicado.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

1. SINDROME MICCIONAL:

- Disuria.
- Polaquiuria
- Tenesmo.
- Dolor suprapúbico.
- Dolor lumbar.
- Náusea y vómitos.

2. FIEBRE.

3. LEUCOCITURIA.

4. DOLOR EN FLANCO.

Existen cinco síndromes clínicos diferentes de infecciones del tracto urinario actualmente reconocidas en el adulto:

- 1. Infección de vías urinarias aguda no complicada:** Son las más comunes y ocurren en mujeres jóvenes. Comprenden la cistitis aguda y el síndrome uretral agudo. Producen: disuria, polaquiuria, hematuria, dolor lumbar o leve dolor pélvico, usualmente sin fiebre. Los agentes más comunes en 90 %: E. coli y Staphilococo Saprophyticus. El diagnóstico es por examen gral. de orina con piuria, más de 10 leucocitos por campo. El cultivo solo es necesario en pacientes que no responden a los 2 días de tratamiento o que recurren.
- 2. Pielonefritis aguda no complicada:** más frecuente en mujeres entre los 18 y 40 años de edad. Síntomas: fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor lumbar y malestar general. Cuando recurre, especialmente en mujeres, en el 5% existe anormalidad urinaria detectable. Agente más común: E. Coli
- 3. Infección de vías urinarias en hombres:** Todos presentan anormalidades como prostatitis bacteriana, hipertrofia prostática benigna, cálculos o dificultad en vaciar la orina. Agente más común: E. coli, Pseudomonas, Proteus y otros. Debe tomarse urocultivo antes y 2 semanas después del tratamiento.
- 4. Infección de vías urinarias complicada:** Embarazo, Diabetes, Inmunosupresión, Manipulación Urológica reciente, trastornos estructurales o funcionales del tracto Urinario, Síntomas de más de una semana de duración; enfermedad Médica subyacente. Asociada a uso de catéteres, obstrucción, reflujo, azoemia y trasplante. Etiologías: Enterobacterias, P. aeruginosa, Enterococcus. Referir a la emergencia del hospital más cercano para tratamiento parenteral.

5. Bacteriuria Asintomática: la presencia de leucocitos en orina y crecimiento de bacterias en una cantidad mayor a 10^5 ufc / ml., de un microorganismo en cultivo puro en dos muestras diferentes y en ausencia de síntomas.

- a. Embarazo: Bacilos Gram. (-) aerobios, Sthaph. Hemolyticus.
- b. Vejiga Neurogenica: no tratamiento en asintomático. Cateterización intermitente si es posible.
- c. Edad avanzada: no tratamiento a menos que se practique cirugía para corregir uropatía obstructiva.

Otra: Infección Recurrente cuando hay más de tres episodios por año. Ante la presencia de IVU recurrente en una mujer joven se debe solicitar Urocultivo y PIELOGRAMA ENDOVENOSO para descartar malformaciones congénitas. **Las Cistitis** en el varón están producidas por los mismos gérmenes que en la mujer, se presentan con una frecuencia menor y se consideran IVU complicadas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Vaginitis.
- Uretritis.
- Prostatitis.
- Apendicitis.
- Síndrome del Colon Irritable.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

LABORATORIO Y GABINETE

1. Examen general de Orina.
2. Urocultivo.
3. Pielograma Endovenoso (pacientes con infecciones recurrentes).

TRATAMIENTO

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS AGUDA NO COMPLICADA:

Tratamiento: Un régimen de 3 días es el preferido, ya sea con TMP-SMX 800/160 VO cada 12 horas o quinolonas tipo Ciprofloxacina 500 mgs. VO cada 12 horas (erradican la infección en más del 90%). También puede usarse Nitrofurantoina 100 mg. VO 2 veces al día por 7 días, con líquidos orales abundantes y después de los alimentos, si hay tolerancia del paciente.

PIELONEFRITIS AGUDA NO COMPLICADA:

Tratamiento: debe ser más agresivo que en infecciones de vías urinarias bajas.

- a. Pacientes con infección leve pueden manejarse con antibióticos orales ambulatoriamente: quinolonas orales tipo ciprofloxacina 500 mg VO 2 veces al día por 10 días. Alternativa: Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg oral cada 8 horas o TMP-SMX 800/160 VO cada 12 horas.
- b. Pacientes muy sintomáticos: Deben ingresarse y tratarse con agentes intravenosos.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:

Tratamiento: tres días con TMP-SMX 800/160 VO cada 12 horas (no utilizarla en el tercer trimestre del embarazo); Amoxicilina 500 mg VO cada 8 hrs. siempre que la bacteria sea sensible; o Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg oral cada 8 horas.

Antes y después de intervención urológica (Ej.: Catéter vesical: bacilos Gram. -). Tratamiento: Urocultivo y luego TMP-SMX 800/160 VO cada 12 horas por tres días.

CISTITIS:

- Antipiréticos tipo Acetaminofén, tabletas de 500 mgs., cada 6 horas por 5 a 7 días.
- Trimetropim Sulfametoxazole (TMP/SMX) 800/160 cada 12 horas por 3 días, ó

- Amoxicilina más ácido Clavulanico 500 mg cada 8 horas por tres días, ó
- Ciprofloxacina 500 mgs. cada 12 horas por 3 días, ó
- Nitrofurantoina 100 mgrs. cada 12 horas por 3 días.

Si desaparecen los síntomas y no hay factores de riesgo, no es preciso realizar cultivo postratamiento; si persisten los síntomas sospechar resistencia y realizar Urocultivo y tratar según Antibiograma.

PIELONEFRITIS AGUDA:

La Pielonefritis se manifiesta por la presencia de dolor lumbar, fiebre y escalofríos, cefalea, anorexia, Dolores musculares, Nauseas ó vómitos, con o sin síntomas de síndrome miccional.

- Amoxicilina mas ácido Clavulanico 500 mgrs. cada 8 horas por 15 días, ó
- TMP /SMX, 160/800 mgrs. cada 12 horas por 15 días,
- Ciprofloxacina 500 mgrs. cada 12 horas por 15 días,
- Acetaminofén 500 mgrs. cada 6 horas por 5 días,
- Ingesta de líquidos orales abundantes (8-10 vasos de agua al día).

A la semana de finalizado el tratamiento solicitaremos un Urocultivo de control, si persiste positivo indicaremos estudio Urológico, si es el mismo germen recomendaremos tratamiento durante 4 semanas. Si es otro germen trataremos como una preinfección, según Antibiograma.

INFECCIÓN URINARIA DURANTE EL EMBARAZO:

La presencia de Bacteriuria Asintomática esta claramente asociada con el riesgo de sufrir Pielonefritis al final del embarazo y de otras complicaciones para la madre y el feto, indicar Urocultivo, el tratamiento se pautara en función del Antibiograma y se indicara por un periodo no menor a los 7 días. (Amoxicilina 500 mgrs. VO cada 8 hora o Cefalexina 500 Mgrs. cada 6 horas). Realizar Urocultivo posterior al tratamiento, si el Urocultivo es negativo hacer control cada 6 semanas hasta el parto; si es positivo tratar y referir con ginecólogo en segundo Nivel.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:

Se considera Bacteriuria Asintomática a la presencia de leucocitos en orina y crecimiento de bacterias en una cantidad mayor a 10^5 ufc / ml de un microorganismo en cultivo de dos muestras diferentes y en ausencia de síntomas.

Se realizara tratamiento solo en las siguientes situaciones:

1. Antes de una intervención urológica.
2. Embarazo.
3. Persistencia de Bacteriuria tras dos semanas de retirada la sonda uretral.
4. Diabetes.
5. Inmunodeprimidos.
6. Disfunción renal preexistente.
7. Bacterias ureolíticas con riesgo de cálculos o calcificaciones, como Proteus, Corynebacterium urealyticum, Ureaplasma Urealyticum.

URETRITIS INESPECÍFICA:

Examen directo de secreción uretral, si hay Neisseria gonorrhoeae dar tratamiento con ciprofloxacina 500 mg dosis única, o Ceftriaxona 125 mg IM dosis única. Si hay asociación con clamidia dar además Doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día por 7 ó Tetraciclina 500 mg 4 veces al día por 7 días ó claritromicina 500 mg vo cada 12 hrs por 7 días. .

PACIENTES CON SONDA VESICAL:

Tratar en casos de:

- Presencia de síntomas.
- Antes de intervención Urológica.
- Historia de incrustaciones y obstrucciones de repetición, si existen gérmenes productores de ureasa.
- Inmunodeprimidos.

- Presencia de Serratia Marcescens por riesgo de sepsis.
- Se cambia de sonda y se trata durante 10-14 días.

INCAPACIDAD

Dependerá de la gravedad del cuadro clínico, generalmente de 5 a 8 días.

REFERENCIA Y RETORNO

La ausencia de mejoría pasadas 72 horas, hace sospechar problemas no identificados que requieren atención hospitalaria. Pacientes con pielonefritis aguda en estado tóxico o complicado debe ingresarse. Se referirá para ingreso hospitalario a la emergencia si el estado general del paciente esta afectado, ante la presencia de litiasis o alteración de la vía urinaria, no se tolera la vía oral, Ancianos (as), Embarazadas, Riesgo de Insuficiencia Renal, personas inmunodeprimidas, para estudios urológicos y tratamiento adecuado.

EXÁMENES DE CONTROL

Urocultivo.

PLAN EDUCACIONAL

- Dar a conocer los mecanismos de infección.
- Signos y síntomas de la enfermedad.
- Importancia de conocer la enfermedad y sus complicaciones al no cumplir el tratamiento indicado y las medidas preventivas como la ingesta de líquidos adecuadamente.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

VERTIGO Y MAREOS

CIE-10 R42

DEFINICIÓN

VÉRTIGO:

Un tipo específico de mareo, que se describe como una sensación de movimiento de rotación y giro, sugiere una patología vestibular.

MAREO:

Se describe como una sensación de atolondramiento e inestabilidad; su origen puede ser multifactorial. Es la razón más frecuente de consulta médica en mayores de 75 años y la 3ª causa en mayores de 65 años.

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente un 50 % de pacientes adultos mayores con mareo, tienen trastorno vestibular periférico y el 35% un diagnóstico vestibular central o mixto. Solo en 10% es mareo idiopático.

FACTORES DE RIESGO:

- Edad avanzada.
- Medicamentos ototóxicos (estreptomycinas, aminoglicosidos por mucho tiempo).
- Alcohol.
- Tabaco.
- Antecedentes de traumas de cráneo.

CLASIFICACIÓN

1. Vértigo Periférico:

- Síndrome de Meniere.
- Vértigo Posicional Benigno.

- Neuronitis Vestibular.
- Laberintitis.
- Otitis.
- Traumatismo acústico.
- Neurinoma del Acústico.

2. Vértigo Central:

- ACV Vertebrobasilar.
- Esclerosis Múltiple.
- Malformación de Arnold-Chiari.
- Migraña Basilar.
- Tumores cerebelosos o troncoencéfalo.
- Encefalomielitis.
- Epilepsia.

3. Otras alteraciones del equilibrio:

- Psicógeno: ansiedad/hiperventilación.
- Hipotensión ortostática, Presbivértigo, Multifactorial.
- Traumatismo craneal y/o cervical.
- Endocrinopatías.
- Infecciones recientes.
- Psicofármacos, Diuréticos, Plomo, Antihipertensivos, AINES, Antibióticos (sobre todo los aminoglucósidos), Antidiabéticos orales, Antineoplásicos, Digitalices, Alcohol, etc.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

- La historia médica es importante.
- Puede haber náusea.
- Mareos.
- Dificultad de caminar.
- A veces tinnitus.
- Inestabilidad posicional.
- Sensación de giro y que las cosas giran a su alrededor, a veces sordera, o inestabilidad.

LABORATORIO Y GABINETE

Química sanguínea:

- Hemograma.
- Glicemia.
- Colesterol.
- Triglicérido

Referir para evaluación por Otorrinolaringólogo:

- Audiometría.
- TAC.
- Imágenes por Resonancia Magnética.
- Según sospecha clínica. Electrocardiograma o holter en problemas cardiacos.
- Buscar nistagmus, hacer prueba de Romberg.

Si con evaluación completa por otorrinolaringólogo hay signos neurológicos que persisten enviarlo a evaluación con neurólogo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Migraña.
- Toxicidad o uso de medicamentos.
- Factores hereditarios.
- Tumores del ángulo cerebelo pontino.

TRATAMIENTO

El tratamiento ha de ser lógicamente dirigida a la causa del proceso. Se iniciará el tratamiento con un fármaco antivertiginoso pudiendo asociar 2 ó alguno de los demás tipos de fármacos dependiendo de la sintomatología acompañante.

1. Recomendaremos reposo en cama.

2. Ansiolíticos:

- Diazepam: 5 mg VO cada 8-12h.

3. Antivertiginosos:

- Dimenhidrinato (25-50 mg VO o vía rectal cada 6 hrs.) ó
- Difenhidamina (25-50 mg VO cada 6 h) ó
- Prometazina (25 mg VO cada 6h) ó
- Sulpiride (50-100 mg VO cada 8h).

4. Antieméticos:

- Metoclopramida (10 mg VO cada 8h).

INCAPACIDAD

De 3 a 7 días, de acuerdo al criterio medico.

REFERENCIA Y RETORNO

Cuando después del tratamiento inicial el paciente no mejora con los lineamientos de esta guía, incluida el reposo y luego se refiere al 2º nivel de atención, con el médico general que tiene acceso al internista para que complete el estudio y tratamiento, así como la interconsulta respectiva con Otorrinolaringólogo, los criterios de referencia para Neurología son:

- Ataxia.
- Síndrome cerebelosos.
- Compromiso de pares craneales, principalmente los de la fase posterior.

PLAN EDUCACIONAL

Es importante tranquilizar a los pacientes, muchos encuentran que los ejercicios que incluyen cambios repetidos de posiciones, que originaron inicialmente el vértigo, proporcionan alivio prologado. El reposo es importante para la recuperación temprana así como el control del estrés.

Rehabilitación vestibular son ejercicios de fisioterapia, para ayudar a los pacientes que afronten su ambiente, a través de una compensación vestibular, se hace ejercicios de provocación vestibular y ejercicios de condicionamiento y control.

MIGRAÑA Y CEFALEA

CIE-10 G-43 / R-51

DEFINICIÓN

La migraña es un proceso de curso episódico con fases asintomáticas entre las crisis, en el que la cefalea es el componente predominante. La migraña es una enfermedad crónica para la que se dispone de diversos tratamientos sintomáticos y preventivos. El aura resulta de la vasoconstricción y el dolor de la vasodilatación.

EPIDEMIOLOGÍA

Hay historia familiar positiva en un alto porcentaje, es mas frecuente en mujeres 20% y 6.2% hombres y con una prevaencia de 13.3%(según algunos estudios).

CLASIFICACIÓN

- 1. MIGRAÑA SIN AURA** 75% de personas con jaqueca. (Migraña o jaqueca común).
 - Dura de 4 a 72 horas.
 - Debe haber tenido al menos 5 crisis con:
 - Ser unilateral pulsátil.
 - Se agrava con actividad física.
 - Durante la crisis debe haber: nausea, vómitos, fotofobia, y fotofobia.
 - Cambios hormonales.
 - Calor.
 - Desvelos.
 - Alimentos.
- 2. MIGRAÑA CON AURA** 25% de personas con jaqueca.
 - Presenta síntomas neurológicos.
 - Migraña o Jaqueca Clásica: debe tener por lo menos uno o más

síntomas de aura totalmente sensible (visuales).

- Un síntoma de aura gradual en un lapso mayor de 4 minutos.
- Ningún síntoma de aura mayor de 60 minutos.
- Cefalea aparece en menos de 60 minutos después del aura.
- Debe haber por lo menos 2 crisis previas.

3. **CEFALEA TENSIONAL**

- Puede durar de 7 minutos a 7 días.
- Refieren como sensación de que les aprietan la cabeza,
- Es tipo mas o menos de cefalea común,
- Intensidad leve a moderada (no imposibilita).
- No pulsátil.
- Es bilateral.
- No se acompaña de náuseas o vómitos.
- Se precipita por estrés y alcohol.
- Se acompaña casi siempre de dolor cervical y espasmo del cuello.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- * Cefalea intensa o moderada, es lo más característico, con aura o sin ella.
- * Náusea.
- * Vómitos.
- * Fotofobia.
- * Fonofobia.

En la mayoría de veces, el examen neurológico y físico resultan normales.

LABORATORIO Y GABINETE

- Los exámenes se deben orientar según el Cuadro Clínico.
- Rx. Cráneo.
- Hemograma completo.
- General de orina.
- Velocidad de eritrosedimentación en >50 años.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Tumor.
- Espondilosis-cervical.
- Arteritis temporal.
- Neuralgia del trigémino.
- Hemorragias subaracnoidea.
- Meningitis.
- Medicamentos (adalat, indocid), otros.

PATOLOGÍAS NO NEUROLÓGICAS

- Sinusitis.
- Enfermedad de Costen.
- Hipertensión arterial.
- Otitis.
- Patología ocular.
- Artritis.

TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO: debe iniciarse tras una correcta y completa información al paciente sobre su dolencia: Causas, factores desencadenantes, mecanismo, posibilidades terapéuticas, y resultados a esperar.

Tratamiento sintomático:

1- Analgésicos y AINES: **Máximo de 5 a 7 días.**

- Acetaminofén 1000 mg (vía oral, vía rectal).
- AINES: tipo Diclofenac sódico 75mg por día, presentan importantes efectos adversos gastrointestinales, por lo que están contraindicados en pacientes con antecedentes de gastritis / úlceras. (Tener presente la nefropatía por abuso de analgésicos).
- Ergotamina tartrato 1 mg. + cafeína 100 mg tabletas para el abortaje de la cefalea migrañosa, especialmente en la fase prodrómica 1 a 2 tab. cada 30 minutos y se puede aumentar hasta 4 mg. según evolución del caso.

REFERENCIA Y RETORNO

Los pacientes con falta de respuesta al tratamiento luego de un número razonable de consultas deben ser referidos al médico general con acceso al internista en las Unidades Medicas para investigación. Todos los pacientes que presenten un examen neurológico anormal deben referirse inmediatamente a la Emergencia del Hospital más cercano. **Si no hay mejoría, referirlo a la clínica de cefalea.**

INCAPACIDAD

De 1 a 3 días.

PLAN EDUCACIONAL

Es importante el manejo del estrés en los pacientes para que logren un equilibrio emocional y mental de los pacientes. Así mismo el controlar las situaciones que puedan provocar tal situación, como es el suspender medicamentos que puedan estar condicionando tal situación, o el corregir los daños que puedan existir. Es importante que los pacientes puedan llevar un registro diario de los alimentos que desencadenan la crisis, para que eviten utilizar tales alimentos.

Si persiste el estado migrañoso debe de ser referido a Clínica de Cefalea.

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

ESQUIZOFRENIA

(F-20)

DEFINICIÓN

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones (embotamiento o falta de adecuación). La capacidad intelectual y la claridad de la conciencia están conservadas. Hay compromiso de la vivencia de la individualidad, singularidad y dominio de sí mismo. El comienzo puede ser agudo o insidioso en su desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso puede ser crónico y deteriorante.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima 0.5-1 % de la población mundial.

Inicio alrededor de los 20 años.

El inicio es más temprano en hombres que en mujeres.

CLASIFICACIÓN

- f-20 Esquizofrenia.
- f-20.0 Esquizofrenia Paranoide
- f-20.1 Esquizofrenia Hebefrénica.
- f-20.2 Esquizofrenia Catatónica.(Agitada o inhibida)
- f-20.3 Esquizofrenia Indiferenciada.
- f-20.4 Depresión post esquizofrenia.
- f-20.5 Esquizofrenia Residual.
- f-20.6 Esquizofrenia Simple.
- f-20.7 Otras esquizofrenias.
- f-20.8 Esquizofrenia sin especificación.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Para el diagnóstico se requiere la presencia de dos o más de los siguientes síntomas y que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de 1 mes o más.

Síntomas Positivos:

1. Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento.
2. Ideas delirantes de ser controlado, influencia o pasividad ó referidas al cuerpo a movimiento de los miembros, pensamientos, acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
3. Ideas delirantes persistentes que no son adecuadas a la cultura del individuo, identidad religiosa o política, capacidad o poderes sobrehumanos. (por Ej. Comunicarse con seres de otros mundos).
4. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que generan un lenguaje divagado, disgregado, incoherente o con neologismos.
5. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, discuten entre ellas o acerca del paciente.
6. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas persistentes.
7. Manifestaciones Catatónicas, tales como excitación, flexibilidad cerea, negativismo, mutismo o estupor.

Síntomas Negativos:

1. Marcada apatía, empobrecimiento del lenguaje, aplanamiento o incongruencia de la respuesta emocional (esto último habitualmente conduce a retraimiento social y disminución de la competencia social).
2. Cambio consistente y significativo de algunos aspectos de la conducta personal tales como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social (alogia –abulia).

CRITERIOS DE INGRESO

1. Esquizofrenia con agitación.
2. Esquizofrenia que por sus características de contenido de pensamiento ponga en peligro la vida del paciente, familiares o la comunidad.
3. Depresión post esquizofrénica.
4. Esquizofrenia con ideación o intención suicida.

TRATAMIENTO

Estrategias para selección de medicamentos por niveles de atención.

Nivel I:

En aquellos casos en que no exista evidencia de que el paciente pueda autolesionarse o dañar o herir a otros, se usará Clorpromazina 100 mg (150-300 mg/noche al día divididas en 2 dosis vía oral) y referirá a Nivel II, y/o derivación hacia la Emergencia del Hospital General directamente en los casos en que el cuadro sea de características agudas con agitación o con ideas de daño.

Nivel II:

Si ha mejorado con Clorpromazina, continuar su uso y adecuar dosis; si no existe mejoría, utilizar Haloperidol 5 mgs. 5-30 mgs/ día V.O. y citar cada 8 días para ser evaluado por la enfermera del equipo de salud mental, durante 6 – 8 semanas, vigilando efectos extrapiramidales.

En caso de extrapiramidalismo utilizar:

- * Biperideno 2mgs. 4-8 mgs/ día. V.O.

En caso de que tenga buena evolución con Haloperidol, evaluar la posibilidad de ser tratado con Decanoato de Flufenazina I.M. cada 15 – 30 días. En caso de no mejoría o resistencia al tratamiento, enviarlo a consulta Hospital Psiquiátrico.

- * Atención Psicológica.
- * Psicoeducación.

CRITERIOS DE EGRESO

Disminución o ausencia de síntomas psicóticos.

INCAPACIDAD

La incapacidad será por el tiempo de hospitalización y puede ser hasta de 15 días, adicionales al período de estancia hospitalaria.

De necesitarse una incapacidad de mas largo plazo, el Psiquiatra podrá optar por un reingreso hospitalario, y en el caso en que la sintomatología negativa sea predominante se podrá iniciar el esquema de incapacidades continuas de 52 semanas, con evaluaciones clínicas mensuales del Psiquiatra tratante; en el caso en que de acuerdo a criterio del psiquiatra el paciente requiera incapacidad permanente se deberá iniciar trámites ante la Comisión Técnica de invalidez o superintendencia de pensiones, aun cuando no se haya cumplido dicho período.

REFERENCIAS

El nivel I al detectar un caso tiene 2 opciones:

- a) Si el cuadro es agudo con agresión o ideas de daño se referirá a la Emergencia del nivel III (Hospital General) para consulta con Psiquiatra de planta o de turno.
- b) En el caso en que el paciente tenga larga evolución o haya abandonado la medicación, pero sea de carácter sub-agudo se

enviará al Nivel II que cuente con Equipo de SM para medicación y tratamiento.

El nivel II, ya sea Unidad Médica u Hospital referirá al Nivel III los casos en donde, después de un tratamiento adecuado en tiempo y dosis de fármacos, no remitan los síntomas, presenten recaídas, resistencia y/o efectos secundarios de difícil manejo, comorbilidad, recurrencia, frecuentes intento suicida o conducta violenta.

El paciente esquizofrénico que ha sido hospitalizado o evaluado en el nivel III y se encuentra en remisión o remisión parcial debe regresar a nivel II para seguimiento en el Equipo de Salud Mental.

EDUCACIÓN

Estrategias para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

- Fortalecer la relación médico-paciente.
- Discutir riesgos-beneficios del cumplimiento del tratamiento farmacológico con el paciente.
- Asegurar información sobre efectos secundarios.
- Manejo inmediato de efectos secundarios.
- Proveer psicoeducación oportuna sobre la enfermedad.
- Discutir otros factores que puedan influir a futuro.

Intervenciones familiares.

- Evitar situaciones sobreestimulantes y / o estresantes del medioambiente.
- Asegurar soporte familiar.
- Esclarecer expectativas de vida.
- Proveer al paciente y su familia de la información necesaria acerca de su enfermedad y manejo.
- Involucrar a la familia en el tratamiento del paciente.

- Identificar factores que puedan desencadenar falla en el tratamiento para su eliminación.

La rehabilitación psicosocial se desarrolla en 2 niveles:

- Reducir la tendencia a la invalidez y las limitaciones del paciente. a través del desarrollo de tendencias compensatorias.
- Preparar al paciente para la integración al hogar y la posibilidad de un trabajo futuro.

INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL

(EMBRIAGUEZ AGUDA) F 10.0

DEFINICIÓN

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. La intoxicación patológica consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico del individuo en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación (embriaguez) en la mayoría de personas.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- a) Entre 1 y 10% de toda la población.
- b) Edad: Entre 25 y 64 años.
- c) Sexo: Por cada 5 hombres bebedores, hay una mujer que es alcohólica.

CLASIFICACIÓN

- Intoxicación alcohólica (etílica) aguda.
- Intoxicación alcohólica patológica o idiosincrásica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLINICOS:

La intoxicación se produce cuando la cantidad de etanol ingerido es mayor que la que el hígado es capaz de metabolizar, es decir concentraciones que varían entre 100 - 150mg/100ml en sangre.

A. Se deben de cumplir los criterios que se describen a continuación:

1. Presencia clara de consumo reciente de alcohol etílico en dosis suficientemente elevada como para dar lugar a una intoxicación.
2. Síntomas o signos de intoxicación de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica.
3. Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica ni por otro trastorno mental o del comportamiento.
4. La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan además otros problemas relacionados con el consumo de etanol o psicotrópicos. Se deben tener en cuenta los problemas como el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico.

B. De acuerdo con la severidad de la intoxicación, se encuentra un comportamiento alterado caracterizado por:

1. Desinhibición o en la expresión de ideas o afectos.
2. Tendencia a discutir.
3. Agresividad.
4. Labilidad afectiva o inestabilidad del humor.
5. Deterioro de la atención.
6. Juicio alterado.
7. Interferencia con el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes debe estar presente:

1. Aliento alcohólico.
2. Marcha inestable.
3. Dificultad para mantenerse en pie.

4. Disartria.
5. Nistagmus.
6. Nivel de conciencia disminuido (Estupor – coma).
7. Enrojecimiento facial.
8. Inyección conjuntival.

En ocasiones cuando la intoxicación es grave puede además estar presente hipotensión, hipotermia, y depresión de los reflejos osteotendinosos.

LABORATORIO Y GABINETE:

- a) Glicemia.
- b) Hemograma completo.
- c) Bilirrubinas.
- d) Transaminasas.
- e) Nitrógeno ureico y Creatinina.
- f) CPK.
- g) Electrolitos.
- h) Examen general de orina.
- i) Alco-test o Alcholemia.

CRITERIOS DE INGRESO

Criterios de referencia a Hospitalización:

1. Inestabilidad hemodinámica:
 - a. Hipotensión.
 - b. Taquicardia.
2. Taquipnea.
3. Hipo o hipertermia.
4. Alteración de la conciencia.

5. Desequilibrio hidroelectrolítico ácido/base.
6. Patologías asociadas intratables en el primer nivel de atención.
7. Agitación y/o agresividad.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Si la intoxicación es leve y la condición del paciente lo permite, el tratamiento debe intentarse en la consulta externa (Manejo Ambulatorio) del I o II nivel de atención; en ese caso el tratamiento consistirá en:

- Vigilancia estrecha sobre todo durante los primeros 2 días y especialmente las primeras 24 horas.
- Evaluar la estabilidad hemodinámica.
 - a.** Frecuencia cardíaca.
 - b.** Presión arterial.
- Frecuencia respiratoria
- Grado de deshidratación.
- Temperatura.
- Tolerancia a la vía oral.
- Presencia de vómitos y/o diarrea.

Medidas terapéuticas:

- Dieta de 2000 calorías diarias, rica en carbohidratos.
- Rehidratación oral.
- Tiamina 500 mg VO cada día por 5 días.
- Ácido Fólico 5 mg V.O. cada día por 7 días.
- Evaluar patologías concomitantes y proveer su respectivo tratamiento.

PATOLOGIAS ASOCIADAS:

- Diabetes descompensada.
- Crisis hipertensiva.

- Sangramiento de Tubo Digestivo Superior y Sangramiento de Tubo Digestivo Inferior.
- Insuficiencia hepática.
- Encefalopatía hepática.

El tratamiento hospitalario (Hospitales Regionales o Unidades Médicas que dispongan de camas y que trabajen las 24 horas) **en presencia de embriaguez patológica**, debe considerarse cuando exista riesgo de la vida de la persona o exista un grado de intoxicación mayor, la cual se presenta por 3 condiciones:

- El paciente ha ingerido grandes cantidades de alcohol.
- Cuando la ingesta de alcohol ha sido simultánea a la de otros depresores del SNC.
- Cuando además de la intoxicación ocurre algún proceso traumático, infeccioso o metabólico.
- **En presencia de embriaguez patológica.**

Pasos a seguir:

- Monitoreo de los signos vitales y del estado de conciencia.
- Administrar líquidos endovenosos.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Balance hídrico y diuresis.
- En algunas ocasiones lavado gástrico.

Si el paciente mejora en las siguientes horas, mantenerlo en observación por 24 horas y si su evolución es satisfactoria, iniciar manejo ambulatorio.

Si el estado del paciente empeora, se deberá considerar:

1. Entubación endotraqueal o ventilación asistida.
2. Monitoreo del equilibrio ácido base.
3. Monitoreo electrolítico.

4. Gases arteriales.

5. Monitoreo de PVC en caso de paciente comatoso.

Evitar los compuestos analépticos: Picrotoxina, Niketamida, Pseudoefedrina, Anfetamina o Cafeína y otras Xantinas.

Mantener una **actitud terapéutica objetiva** hacia el intoxicado, el mantenimiento de tal actitud resultará en un enfoque de apoyo, no punitivo y calmado hacia el paciente.

Es poco lo que se puede ganar y mucho el daño que se hace cuando el personal comienza a comentarle al alcohólico lo que va a ser de él, de su familia y de su trabajo. Este enfoque solamente intensifica la vergüenza y culpa del alcohólico. En vez de discutir con el intoxicado, el personal deberá pedir al paciente que coopere con la evaluación y tratamiento. A menudo el paciente responde dramáticamente al tratarsele como una persona afligida por un problema manejable. Cuando está sobrio, el paciente se muestra agradecido por el trato cuidadoso y considerado que le proporciona el personal de urgencias.

CRITERIO DE EGRESO

Desaparecimiento de alteraciones cognitivas, de la conciencia, perceptivas y del comportamiento; una vez es dado de alta se referirá al I o II nivel según referencia inicial.

INCAPACIDAD

Se incapacitará al paciente por los días de hospitalización y nunca posterior a ésta. Las incapacidades por esta causa no generan subsidio.

REFERENCIAS

Si coexiste patología psiquiátrica, permanecerá en control en el nivel que corresponda.

De lo contrario se referirá a grupo de Alcohólicos Anónimos y deberá continuar controles en el primer nivel, donde se instaurarán reuniones de

seguimiento que coadyuven a la prevención del apareamiento de nuevos eventos.

EDUCACIÓN

Dirigida a pacientes y familiares:

1. Psicoeducación.
2. Explicar que La ingesta de alcohol predispone al apareamiento de condiciones graves y deteriorantes de la calidad de vida del paciente y sus familiares.
3. Identificar y Eliminar las situaciones de riesgo.
4. Hacer planes concretos para evitar beber, (por ejemplo: Pensar la manera de hacer frente a las situaciones sin tener que beber alcohol, saber cómo responder a los amigos que todavía beben).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA F 41.1
(ESTADO DE ANSIEDAD, REACCIÓN DE ANSIEDAD,
NEUROSIS DE ANSIEDAD).

DEFINICIÓN

Ansiedad generalizada, persistente y crónica, con marcadas fluctuaciones, sin causa orgánica demostrable y que no está originada por ninguna circunstancia ambiental en particular, por lo que se le llama también: "Angustia Flotante libre" o Endógena.

Los síntomas predominantes son muy variables, lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores y tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- Frecuencia: 5% de la población general.
- Más frecuente sexo femenino (2: 1).
- Aparece en la edad adulta.
- A menudo relacionado con stress ambiental crónico.
- Curso variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

CLASIFICACIÓN

No existen categorías clasificatorias.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El paciente debe tener síntomas de ansiedad durante al menos varias semanas seguidas, entre estos síntomas deben estar presentes rasgos de:

- a. Tensión Mental: Aprensión (Preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al limite", dificultad de concentración, etc).
- b. Tensión Física o Muscular (agitación e inquietud psicomotriz, cefalea de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

c. Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Todas las enfermedades médicas y/o medicamentos que producen ansiedad:

ENFERMEDADES QUE PUEDEN PRODUCIR ANSIEDAD:

- Angina pectoris.
- Taquiarritmia paroxística.
- Prolapso de válvula mitral.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Embolia pulmonar.
- Hiperventilación.
- Hipoxia (EPOC, Asma).
- Hipoglicemia.
- Feocromocitoma.
- Tensión premenstrual.
- Dolor.
- Arterioesclerosis cerebral.
- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Migraña.
- Tirotoxicosis.
- Trastornos vestibulares.
- Enfermedades de la colágena.

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR ANSIEDAD:

- Anfetaminas
- Bromocriptina
- Cafeína
- Captopril
- Ciclocerina
- Cocaína
- Esteroides
- Interferón
- Intolerancia a la aspirina
- Isocarboxazida
- Nicotina
- Pergolide
- Quinacrina
- Teofilina

Deprivación de drogas depresoras del SNC.

TEST DE LABORATORIO Y GABINETE.

Test de Hamilton para diagnóstico de ansiedad.

Electrocardiograma

Pruebas de función tiroidea

CRITERIOS DE INGRESO

No es usual ingresar a hospitalización a menos que exista comorbilidad psiquiátrica de considerable magnitud que amerite ingreso.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Primer Nivel de Atención:

Clobazán 10 mg. 5-10 mgs/día por la noche o Diazepam 10 mg 5-10 mgs. por la noche. Mantenerlos por 8 semanas, reevaluando a las 4 semanas.

Si existe mejoría se debe hacer una disminución paulatina del fármaco durante 2 a 3 semanas para evitar efectos de abstinencia; en caso de no obtener mejoría se debe aumentar la dosis a 15 mg por la noche por 4 semanas más; en caso que la sintomatología persista, se referirá al Equipo de Salud Mental. (II Nivel).

Segundo Nivel de Atención:

Previa evaluación con Escala de Hamilton para ansiedad, en éste nivel, el manejo deberá iniciarse con Betabloqueadores adrenérgicos, tipo Propanolol de 20-80 mg/día o Atenolol 50- 100 mg/ día por 2 a 3 semanas. Deberá ser evaluado nuevamente con la Escala de Hamilton para ansiedad, y si no mejora iniciar Fluoxetina 20 mg/día y aumentar a 40 mg/día si no hay mejoría en 3 semanas.

De no mejorar agregar: Lorazepam 2 mg 2-6 mg/día en 2 tomas.

Mantener el tratamiento por 8 semanas, en caso de persistir sintomatología, se debe referir al tercer nivel.

SÍNDROME DE DESCONTINUACIÓN DE BENZODIACEPINAS:

Los trastornos de ansiedad tienen recaídas de la sintomatología y por tanto recurrencia ó cronicidad en el uso de las Benzodiacepinas. Asimismo pueden producirse síntomas de rebote, los cuales son similares o idénticos al trastorno para el cual fueron prescritos y finalmente puede presentarse abstinencia.

Las benzodiazepinas están contraindicadas o deben emplearse con precaución en: Miastenia gravis, Glaucoma de ángulo estrecho, Insuficiencia respiratoria severa, apnea del sueño, alcoholismo o drogodependencia, gestación (primer y tercer trimestre), lactancia, insuficiencia renal grave, insuficiencia hepática, niños y paciente geriátrico.

- * Atención Psicológica.
- * Psicoatención.

CRITERIO DE EGRESO

Si los síntomas mejoran se dará el alta con el afán de evitar la cronificación del paciente. El alta de hospitalización será dada dependiendo de la mejoría en la comorbilidad que motivo el ingreso.

INCAPACIDADES

En el primer nivel no aplican criterios de incapacidad.

En el segundo y tercer nivel se incapacitará en la medida en que se presente disfunción laboral o de acuerdo a la severidad de los síntomas. En términos generales se darán 3 días de incapacidad en el II y III nivel.

REFERENCIAS

Debido al curso crónico del padecimiento, los pacientes afectados serán tratados en los niveles II y III dependiendo de la sintomatología; cuando ésta mejore puede ser dado de alta o referirse al primer nivel, para seguimiento.

EDUCACIÓN

La Psicoeducación debe darse en todos los niveles de atención y debe ser tanto para el paciente como para su familia y estará dirigida a:

- a. Facilitar la expresión de sus ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.
- b. Identificar los elementos psicológicos y/o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.

- c. Explicarle la ausencia de bases orgánicas para la angustia que padece, con el objetivo que comprenda que ésta obedece a elementos mayoritariamente psicosociales.
- d. Buscar junto al paciente alternativas en el manejo del problema real que está originando la angustia.
- e. Explicar los efectos colaterales del medicamento a emplear.
- f. Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.

En los 3 niveles de atención, junto al tratamiento farmacológico, **sugerir** realizar:

- Actividades relajantes y de ocio.
- Identificar y superar preocupaciones exageradas.
- Enseñar métodos estructurados de entrenamiento en la resolución de problemas para ayudar al paciente a enfrentarse a las situaciones de la vida diaria que contribuyen a producir los síntomas de ansiedad.
- Incluir en grupos de autoayuda y/o terapéuticos.

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO- DEPRESIVO.

(DEPRESIÓN ANSIOSA) F 41.2

DEFINICIÓN

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. El paciente puede presentar **conjuntamente** una gran variedad de síntomas de ansiedad o depresión. Inicialmente puede existir uno o más síntomas físicos por ejemplo fatiga o dolor, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque solo sea de un modo intermitente.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Las dos terceras partes de pacientes con sintomatología depresiva tienen claros síntomas de ansiedad, y un tercio puede cumplir los criterios diagnósticos de trastorno de **ansiedad**.

La prevalencia en la población general es del 10%, y en Atención Primaria llega a ser de un 50%.

CLASIFICACIÓN

No existe.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLINICOS.

- Estado de ánimo bajo o tristeza.
- Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.
- Ansiedad o preocupaciones predominantes.
- Trastornos del Sueño.

- Astenia y pérdida de energía.
- Falta de concentración.
- Trastornos del apetito.
- Ideas o actos suicidas.
- Alteraciones del deseo sexual.
- Temblores.
- Palpitaciones.
- Mareos.
- Sequedad de boca.
- Tensión o intranquilidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a. Patologías médicas:

- Hipertensión.
- Diabetes mellitus.
- Disfunción tiroidea.
- Cardiopatías.
- Síndrome de dolor crónico.

b. Patologías psiquiátricas:

- Síndrome Disfórico Premenstrual.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno depresivo.
- Trastorno de pánico.
- Trastornos somatomorfos.
- Dependencia y abuso de alcohol y drogas.
- Demencia.

TEST DE LABORATORIO Y GABINETE

- Pruebas hepáticas.
- Glicemia.
- Pruebas tiroideas.
- Electrólitos.
- Electrocardiograma.
- Examen general de orina.
- Estudio de tóxicos.

CRITERIOS DE INGRESO

Presencia de ideas o actos suicidas.

Comorbilidad psiquiátrica.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

TRATAMIENTO POR NIVELES DE ATENCIÓN.

NIVEL I:

- Diazepam 10 mg.5-10 mg./ día por la noche, por 4 semanas ó
- Clobazam 10 mg 5-10 mg/ día por la noche por 4 semanas

Control al término de los mismos, si no hay mejoría agregar Fluoxetina 20 mg al día por 3 semanas. Si hay alivio mantener por 6 meses, disminuyendo las Benzodiazepinas 5 mg. por semana, para evitar el efecto de abstinencia, si no se controlan satisfactoriamente los síntomas, referir al 2º. Nivel.

NIVEL II:

Combinar antidepresivos con benzodiazepinas.

1. Trazodone 50 –200 mg./día por 8 semanas, con control a la cuarta semana con enfermera de salud mental para valorar mejoría y adecuación de dosis, de no mejorar, usar Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, como sigue:

a) Fluoxetina 20 Mg. 20 hasta 80 mgs/día v.o. por 8 semanas. Incrementos graduales semanales hasta los 80 mg, manteniendo la medicación por 4 semanas. Si no mejora:

- Reducción gradual de la Fluxetina y administrar Benzodicepina que puede ser Lorazepam de 2 a 4 mg. /día. Una semana después, iniciar Citalopram 20 mg tableta aumentando cada semana hasta un máximo de 60 mg/día; en el anciano hasta 40 mg/día.
- Citar con enfermera de Salud Mental en 2 semanas para valorar síntomas y adecuar la dosis.

En caso de no mejoría referirle al III nivel.

NOTA: Valorar tanto en el primero y segundo nivel el riesgo suicida. Puede ser necesaria una estrecha vigilancia por parte de la familia y amigos.

- * Psicoeducación.
- * Atención Psicológica.

CRITERIO DE EGRESO

Ausencia de ideación suicida.

Mejoría de sintomatología de la comorbilidad psiquiátrica.

INCAPACIDADES

En los niveles I y II, la incapacidad será definida por la disfunción familiar y laboral producida por la patología. En términos generales, la incapacidad se dará por 3 días y se evaluará posteriormente para continuar con la terapia de grupo o de apoyo.

En el III nivel la incapacidad se emitirá por el tiempo de estancia intrahospitalaria.

REFERENCIAS

Los pacientes del Nivel III serán referidos al Nivel II para seguimiento del caso, de persistir los síntomas, para continuar tratamiento y valorar alta y de éstos al nivel I, conforme se considere necesario.

EXAMENES DE CONTROL

No aplica.

EDUCACION

- Planificar actividades a corto plazo, que sean relajantes, que distraigan o ayuden a reforzar la autoconfianza.
- Enseñar y animar al paciente a que practique métodos de relajación.
- Fomentar control de pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas.
- Entrenar en metodología de resolución de problemas.
- Recomendaciones de psicoeducación que existen en guías de Depresión y Trastorno de ansiedad generalizada.

ABSTINENCIA DE COCAINA. F -14

DEFINICION

Conjunto de síntomas fisiológicos y psicológicos de diferentes niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una disminución o suspensión del consumo de cocaína y sus derivados, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con las dosis consumidas inmediatamente antes de la abstinencia.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Los trastornos relacionados con uso de cocaína son mas frecuentes en sujetos entre 18 y 30 años.

Es mas frecuente en hombres que en mujeres.

No se relaciona en la actualidad con estatus socioeconómico.

No existen datos numéricos de consumo en el país.

Comorbilidad con: trastornos afectivos, trastornos ansiosos, trastornos del sueño.

Diagnóstico diferencial:

- Esquizofrenia paranoide.
- Trastornos ansiosos.
- Trastorno bipolar.
- Intoxicación por fenilciclidina
- Trastorno psicótico agudo.

CLASIFICACION

No aplica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS

- a-** Interrupción o disminución del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- b-** Estado de ánimo disfórico y 2 o más de los siguientes cambios fisiológicos:
- Fatiga.
 - Sueños vívidos y desagradables.
 - Insomnio o hipersomnias.
 - Aumento o disminución del apetito.
 - Retraso o agitación psicomotores.
- c-** Los síntomas del criterio (b) causan malestar clínicamente significativo, o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras **áreas** importantes de la actividad del sujeto.
- d-** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

LABORATORIO Y GABINETE

Detección de cocaína en sangre, orina y cabello.

CRITERIOS DE INGRESO

- Agitación psicomotora.
- Ansiedad que afecte su desempeño familiar, social o laboral.
- Comorbilidad psiquiátrica que amerite manejo intrahospitalario.
- Conducta violenta contra si mismo o su medio ambiente.
- Que lo solicite de forma voluntaria.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

NIVEL I.

El médico no psiquiatra deberá identificar el caso y referencia al nivel II.

NIVEL II

Si existe condición médica concomitante, deberá referirse al III nivel y ser ingresado para el manejo respectivo.

Si no existe comorbilidad médica que requiera manejo inmediato o que amenace la vida, se ingresará al Centro hospitalario más cercano, con el siguiente manejo:

- Diazepam 10 mg. EV. Lento cada 6-8 horas, por 1 día y luego
- Clonazepam 2mgs. 4-6 mg. / día divididos en 3 tomas por 7-10 días.

En caso de agitación psicomotora, seguir guía del paciente agitado.

CRITERIO DE EGRESO

- Ausencia de sintomatología.
- Disminución de sintomatología comórbida.
- Según valoración clínica especializada.

INCAPACIDADES

Sólo por el tiempo de estancia hospitalaria, especificando el diagnóstico.

REFERENCIAS

- A grupos de autoayuda.

EXAMENES DE CONTROL

Controles seriados de la sustancia cada 6 meses sin previo aviso, para determinar ausencia de la sustancia, siempre que sea de manera voluntaria, y al poder contar con los reactivos necesarios.

EDUCACION

Para el paciente y la familia:

- Explicar las complicaciones y consecuencias biopsicosociales de las sustancias adictivas.
- Informar acerca de características de abstinencia, y sus repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas.
- Enfatizar que existe el control voluntario del consumo de la cocaína.
- Fortalecer la autoestima y promover estilos de vida saludables.
- Ayudarles a identificar grupos de apoyo dentro de su comunidad y motivarlo a que asistan a estos grupos.



DISTIMIA.
(NEUROSIS DEPRESIVA) F 34.1

DEFINICION

Depresión crónica del estado de ánimo de mínima a leve intensidad donde el paciente presenta días o semanas en las que se encuentra bien, pero durante el resto del tiempo, frecuentemente durante meses seguidos, se siente cansado, deprimido, fatigado, todo le supone un esfuerzo y nada le satisface. Además se muestra meditabundo y quejumbroso, duerme mal y se siente incapaz de todo, aunque normalmente puede hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

La duración de la sintomatología es mayor de 2 años.

Si fuere necesario puede especificarse si el comienzo es precoz (adolescencia o tercera década de la vida) o tardío.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La frecuencia en la población general es de 3-5%.

Más frecuente en mujeres solteras, jóvenes, de bajos ingresos y víctimas de maltrato.

Coexiste comúnmente con:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno de ansiedad.
- Abuso de sustancias.
- Trastorno límite de personalidad.

CLASIFICACION

No aplica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

a- Estado de ánimo crónicamente triste la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos de 1año.

b- Presencia mientras está triste de 2 o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento del apetito.
- Insomnio, fatiga fácil o hipersomnía.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

c- Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

d- No ha habido un episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración.

e- Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.

f- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un episodio psicótico crónico.

g- Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o condición médica general (por ej. Hipotiroidismo).

h- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

LABORATORIO Y GABINETE

No aplican.

CRITERIOS DE INGRESO

1. Disfunción social, familiar y laboral notables.
2. Intención suicida.
3. Presencia de comorbilidad psiquiátrica.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

La combinación de psicoterapia específica y antidepresivos genera mejores resultados que la psicoterapia o farmacoterapia aisladas.

NIVEL I.

El médico no psiquiatra inicia tratamiento farmacológico así:

- ✓ Se dará tratamiento en éste nivel a pacientes depresivos que no tengan complicaciones médicas severas o polifarmacia que contraindique el uso de fluoxetina.
- ✓ Fluoxetina 20 mgs. 20- 40 mgs/mañana.
- ✓ La dosis inicial será de 20 mgs, se harán incrementos de 20 mgs cada 2 semanas hasta llegar a 40 Mg.
- ✓ El fármaco deberá mantenerse por 8 semanas como mínimo, y en el caso de ser exitoso el tratamiento se deberá mantener por 1 año a partir de la mejoría; el retiro después de éste período deberá ser gradual.
- ✓ En caso de sintomatología ansiosa o insomnio concomitantes se deberá utilizar Diazepam o clobazam 5 - 10 mg. /noche por 8 días y luego retirarlas gradualmente.
- ✓ Psicoeducación, psicoterapia de apoyo.
- ✓ En caso de no obtener mejoría, el caso pasará al nivel II.

NIVEL II:

En los Equipos de salud mental se iniciará con:

- ✓ Trazodone 100 mg 100-200 mg/noche por 4 semanas. Si no hay mejoría, suspender tratamiento y esperar una semana, valorando el uso de Benzodiazepinas si son predominantes el insomnio y ansiedad.
- ✓ Citalopram 20 mg 20-60 mg/día, con incremento semanal de 20 mg, para lo cual se citará con la enfermera del Equipo de salud mental para valorar resultados terapéuticos o efectos adversos.
- ✓ Si existe mejoría, mantener el tratamiento como mínimo 12 meses. En caso de fracaso terapéutico se debe cambiar a Antidepresivos tricíclicos, siempre que no haya patología médica que lo contraindique, así:
- ✓ Amitriptilina o Imipramina 25 mg, iniciando dosis 50 mg/ noche, con aumento gradual de 25 mg cada semana, hasta 150 mg por noche.

La elección se hará con Amitriptilina si existe ansiedad predominantemente y a imipramina si existe inhibición psicomotriz.

- * Psicoeducación.
- * Atención Psicológica.

TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES:

Con respecto a adultos mayores, el nivel I debe utilizar Fluoxetina a dosis de 20 -40 mg por 4 semanas, y si no hay mejoría clínica se derivará al nivel II. En el nivel II Citalopram 20-60 mg cada día. Valorar la utilización de Benzodiazepinas con control estrecho para vigilar la sedación .Si esto no tiene éxito se enviará al nivel III.

El manejo del trastorno disfórico premenstrual quedará limitado al nivel II. Iniciando el tratamiento con Citalopram a dosis antes mencionadas 8 días previos a comenzar la menstruación, por 2 semanas. Se recomienda mantenerlo por un período hasta de 2 años.

En mujeres que se sospecha o comprueba embarazo, se evitará en uso de antidepresivos y deberá referirse a los Equipos de salud mental, grupos de autoayuda y psicoterapia individual.

CRITERIO DE EGRESO

El egreso hospitalario se basará en la mejoría clínica de los síntomas o de acuerdo a las evoluciones.

En Consulta externa se dará el alta según la mejoría, al lograr estabilizarse el estado emocional y el egreso hospitalario, si lo hubiese ameritado, por la mejoría de los síntomas.

INCAPACIDADES

Las incapacidades en Consulta externa (I y II nivel) no proceden, en tanto no involucren un deterioro notable en el desempeño laboral y familiar, de ser éste el caso, las incapacidades, no excederán 1 semana (7 días), que permitirá el ajuste de la farmacoterapia en caso de necesitarse.

En los casos de hospitales, se proporcionará incapacidad por los días de hospitalización.

REFERENCIAS

El segundo nivel referirá al tercer nivel en casos de fracaso terapéutico y comorbilidad, (doble depresión: distimia + depresión sobreagregada).

Se referirán del tercero al segundo nivel a aquellos pacientes que se muestren asintomáticos de cualquier comorbilidad que presenten y la sintomatología depresiva se mantenga relativamente estable por un período mínimo de 6 meses. En el segundo nivel seguirá el tratamiento instaurado en el tercer nivel y se implementarán las intervenciones psicoterapéuticas.

Se mantendrán en el tercer nivel los pacientes que presenten comorbilidad.

EXAMENES DE CONTROL

No aplica.

EDUCACION

- Se debe explicar al paciente que la distimia es una enfermedad frecuente y que existen tratamientos eficaces.
- La distimia no es un signo de "dejadez" o pereza.
- Animar al paciente a resistir al pesimismo y la autocrítica negativa y no actuar bajo ideas pesimistas.
- Identificar problemas de la vida diaria o situaciones de estrés que pueden empeorar el cuadro.
- Explorar y obtener información temprana acerca de ideación suicida, tanto del paciente como de su familia.
- Orientar a la familia sobre la probabilidad que estos pacientes presenten recaídas en situaciones estresantes.

TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO

(INSOMNIO. F 51.0)

DEFINICION

La característica esencial del insomnio primario es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos un mes.

Los individuos con insomnio primario a menudo presentan una combinación de dificultades para dormir y despertares frecuentes durante la noche.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Las quejas de insomnio son prevalentes a medida que aumenta la edad y son mas frecuentes en mujeres.

Los estudios poblacionales muestran una prevalencia de quejas anuales de insomnio de 30-40% de la población adulta.

Hay predisposición familiar a padecer de sueño superficial y alterado.

Hasta el momento no hay datos genéticos contundentes.

CLASIFICACION

No aplica.

CRITERIOS DIAGNOSTICO.

- a.** El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador con una duración de al menos 1 mes.
- b.** La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c.** La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

- d. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ej. Depresión).
- e. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

CRITERIOS DE INGRESO

No amerita ingreso, a excepción que sea para una evaluación clínica del patrón de sueño.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

NIVEL I.

- a. Medidas de Higiene del sueño.
- b. Técnicas de relajación.
- c. Control de estímulos.

Si el paciente no responde a técnicas conductuales, se deben prescribir fármacos.

- d. Manejo farmacológico:
 - Diazepám10 Mg. 5-20 mgs/noche o
 - Clobazán 10 Mg. 5-20 mgs/noche o
 - Amitriptilina 25 Mg. 25-50 mgs/noche o
 - Hidroxicina 25 mg. 25 – 50 mg c/noche.

Los anteriores tratamientos deberán mantenerse por 1 mes; de ser efectivos se hará un retiro progresivo en 2 semanas. No se recomienda usar Amitriptilina en adultos mayores.

✱ Psicoeducación.

En caso de fracaso, se trasladará a Nivel II.

NIVEL II.

Continuar las medidas de higiene del sueño, técnicos de relajación y control de estímulos.

Iniciar con:

Trazodone 100 mg. 50 – 100 mg cada noche por 15 días, de no mejorar indicar:

Lorazepán 2 mg 1 – 4 mg. cada noche por 1 mes; si existe mejoría disminuir dosis de manera gradual; si no hay mejoría referirlo a Tercer Nivel si los fármacos pueden usarse en combinación para potenciar sus efectos.

- * Psicoeducación.
- * Atención Psicológica.

CRITERIO DE EGRESO

Al mejorar la sintomatología.

INCAPACIDADES

No genera incapacidad.

REFERENCIAS

Del nivel I al nivel II se trasladarán en caso de fracaso terapéutico.

Del Nivel III al Nivel II se referirán los pacientes que presenten mejoría clínica.

El seguimiento se hará en Nivel II al obtenerse mejoría o curación, siendo dado de alta, en éste último caso. Si el caso lo amerita, referir a medicina del trabajo, debido a los efectos secundarios de los medicamentos.

EXAMENES DE CONTROL

No aplican.

EDUCACION

HIGIENE DEL SUEÑO.

- Dormir solo lo necesario.

- Mantener horarios regulares al levantarse y acostarse.
- No esforzarse para dormir sin sueño; levantarse o hacer algo diferente hasta que tenga deseos de dormir.
- Controlar ruido, luz y temperatura en la habitación.
- No comer en exceso, ni tampoco acostarse con hambre.
- Evitar bebidas cafeinadas (café, té, colas), alcohol y tabaco después de 6 PM.
- Abstenerse de siestas mayores de 30 minutos.
- Individuos sensibles deben evitar drogas con efectos simpáticomiméticos como antigripales, antitusivos.
- Ejercicio físico, matutino regular, de acuerdo a la condición física del paciente.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN O MEDITACIÓN.

Por si mismas no generan sueño, pero disminuyen el estado de alerta y tensión, permitiendo el comienzo del sueño.

CONTROL DE ESTÍMULOS.

Éste procedimiento pretende reacondicionar al paciente a que acostarse significa que se dormirá rápido a través de estos pasos:

- Ir a la cama solo cuando sienta sueño.
- Si en 10 minutos no se ha dormido, debe levantarse. Cuando vuelva a acostarse con sueño debe repetir lo anterior si no se duerme.
- Levantarse a la misma hora por la mañana y no hacer siestas.
- No usar la cama para algo diferente a dormir o actividad sexual, Ejemplo: ver televisión, leer o estudiar.

REACCION A ESTRÉS AGUDO. 43.0
(CRISIS AGUDA DE NERVIOS, SHOCK PSÍQUICO,
REACCIÓN AGUDA DE CRISIS)

DEFINICION

Episodio transitorio de gravedad importante en respuesta a un evento estresante físico o psicológico excepcional como es una amenaza seria a la seguridad e integridad física de la persona o de seres queridos, cambio brusco y amenazador del rango o entorno social del individuo. El riesgo de presentar síntomas se aumenta por la presencia de agotamiento físico o factores orgánicos como la vejez o enfermedad crónica. Los síntomas presentados son "embotamiento" de la conciencia, distractibilidad, desorientación, estupor o agitación, hiperactividad, taquicardia, sudoración, rubor. Puede ir acompañado de amnesia completa o parcial del episodio, insomnio, o disminución de rendimiento laboral, social o escolar. Estos síntomas aparecen a los pocos minutos de suceder el evento estresante y excepcional, desaparecerán en 2 ó 3 días. A menudo ésta recuperación suele suceder en el curso de pocas horas.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

El 37% de la población sufre stress excepcional.

CLASIFICACION

No aplica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Relación temporal clara e inmediata entre el impacto del evento estresante excepcional y la aparición de los síntomas.
- Los síntomas de enojo, depresión, ansiedad, desesperación hiperactividad, y aislamiento se presentan mezclados y cambiantes, unidos al estado inicial de "embotamiento" de la conciencia.

- Resolución rápida (pocas horas) pero si el evento estresante es continuo o irreversible los síntomas disminuyen después de 24-48 horas y son mínimos después de 3 días.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1. Trastornos disociativos.
2. Hipoglicemias
3. Hipotensión arterial o Hipertensión arterial
4. Efectos secundarios a medicamentos (Salbutamol, Metoclopramida, etc)
5. Desequilibrio hidroelectrolítico.

CRITERIOS DE INGRESO

Debe valorarse el grado de deterioro social para contemplar el ingreso.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

NIVEL I, II y III:

Dadas las características de dicha patología puede presentarse a la consulta externa de Medico general, como a la consulta del Psiquiatra de II o III nivel o las Unidades de Emergencia. Una reacción a stress agudo resolverá en poco tiempo de no ser así es necesario considerar una comorbilidad.

La terapia debe incluir:

- Intervención en crisis.
- Terapia de relajación.
- Incentivar el ejercicio físico regular y la estructuración del tiempo libre.
- Incluir en terapias grupales de autoayuda o terapéuticos.

Diazepam 10 mg 5-10 mg c/ noche por 5 días o

Clobazam 10 mg 5-10 mg c/ noche por 5 días.

CRITERIO DE EGRESO

La mejoría sintomática indicará el alta

INCAPACIDADES

No superar los 3 días en la medida de lo posible.

REFERENCIAS

Las referencias al II y III nivel de atención serán programadas por falta de mejoría del cuadro considerando la presencia de comorbilidad.

EXAMENES DE CONTROL

No aplica.

EDUCACION

Información al paciente y su familia:

- Los síntomas no son debidos a una enfermedad orgánica, ni a una "influencia mágica".
- Los síntomas no representan un peligro real de muerte.
- Es conveniente que el paciente exprese abiertamente sus temores y emociones.
- Es útil separar al paciente del evento estresante.
- Ofrecerle un ambiente tranquilo y de protección.
- Estimularlo a que continúe con sus actividades cotidianas.
- Estimular las soluciones razonables al evento estresante.
- Recuperar lo más pronto posible su estilo de vida cotidiano para evitar recaídas y ganancia secundaria.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

(F-10.3)

DEFINICION

Conjunto de síntomas físicos y psicológicos provocados por la supresión súbita o disminución de la ingesta de alcohol que requiere tratamiento médico, tras un consumo reiterado generalmente prolongado de alcohol. Los síntomas de abstinencia pueden comenzar entre las 5-10 horas después de la última ingesta de alcohol, con un promedio de 48 a 72 horas y un máximo de 5 a 7 días. El Síndrome de Abstinencia puede complicarse con convulsiones. La ansiedad, depresión y alteraciones del sueño son frecuentes. Los síntomas desaparecen cuando se vuelve a consumir el alcohol. La simple resaca o "goma" o temblor de otra naturaleza no debe confundirse con síntomas de abstinencia.

Los pacientes con síntomas leves de abstinencia alcohólica, aún sin tratamiento médico, tienden a presentar disminución de los síntomas.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

La mayoría de los pacientes que desarrollan abstinencia lo hacen 10 años después de haber iniciado el abuso de alcohol.

Cerca del 25 % de los individuos que abusan del alcohol desarrollan síndrome de abstinencia alcohólica.

Con frecuencia el alcoholismo presenta un patrón familiar y se han detectado factores genéticos involucrados.

Se calcula que hasta el 10% de afectados por Abstinencia alcohólica, que presentan Delirium Tremens fallecen, y aquellos que tienen Síndrome de Abstinencia más factores médicos o quirúrgicos complicantes, fallecen en un 25%.

CLASIFICACION

Síndrome de abstinencia (No complicado con convulsiones).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo que éste diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

El síndrome de abstinencia puede presentarse con síntomas leves o de inicios tempranos y severos o tardíos.

Síntomas Leves o de Inicio Temprano:

Trastornos Gastrointestinales:

- Pérdida del apetito.
- Náusea.
- Vómito.
- Diarrea.
- Malestar abdominal.

Síntomas Musculares:

- Debilidad.
- Calambres.

Trastornos del Sueño:

- Insomnio.
- Pesadillas.

Cambios Autonómicos en el Sistema Nervioso:

- Taquicardia.
- Hipertensión Sistólica.
- Diaforesis.
- Fiebre.

Cambios Conductuales:

- Irritabilidad.

- Hostilidad.
- Intranquilidad.
- Agitación.

Deterioro de Función Cognitiva:

- Imposibilidad para concentrarse.
- Distractibilidad fácil.
- Deterioro de la memoria.
- Deterioro del juicio y otras funciones mentales superiores.

CRITERIOS DE INGRESO

SINTOMAS SEVEROS O TARDÍOS:

Empeoramiento de manifestaciones prodrómicas:

- Tremor.
- Diaforesis.
- Taquicardia.
- Agitación.

Delirium:

- Obnubilación de la conciencia.
- Fluctuaciones de signos, síntomas y severidad de una hora a otra.
- Deterioro de funciones cognitivas.
- Desorientación en tiempo y lugar.

Alucinaciones:

- Pueden ser auditivas, visuales o táctiles.
- Pueden ser amenazantes.

Ideas delirantes:

- Usualmente paranoides

- Reforzados por alucinaciones.
- Pueden causar agitación y temor.
- Convulsiones: 10% de los casos.
- No focalizadas y generalizadas.
- Ocurren dentro de las 48 horas del cese de la ingesta.
- Siempre precedidas por agitación severa, delirium o alucinaciones.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCION

NIVEL I:

Ante la presencia de síntomas leves o de inicio temprano el manejo es el siguiente:

1. Observación.
2. Monitoreo signos vitales y nivel de conciencia durante 8 a 12 horas como mínimo.
3. Detectar comorbilidad física y psiquiátrica.
4. Indicar exámenes complementarios según sintomatología
5. Incentivar el apoyo de la familia.
6. Evaluación continua, cada 48 horas del estado general, ya sea con visitas periódicas a la Clínica o por visita domiciliar, si las circunstancias y los recursos lo permiten.
7. Cuando el paciente tolere la ingestión de líquidos, la hidratación debe ser efectuado preferentemente por vía oral, siempre que ésta esté accesible.
8. Antes de enviarlo a su domicilio, el paciente debería recibir una dosis parenteral de Tiamina 100 mg, más una administración semanal de Tiamina 50 mg IM por 2 semanas, Multivitaminas 1 tableta cada día por una semana y Acido Fólico 1 tableta cada día por dos semanas.
9. Administrar Diazepam 10 mg. V.O. a dosis de 10 mg cada día por 8 días, con reducción del 20% por día. Una medida segura es no dar la

medicación cuando el paciente está dormido o letárgico. El peligro con éste medicamento es su vida media larga, que se acumula en exceso en pacientes con daño hepático, provocando letargo, somnolencia o ataxia.

10. Evaluar el estado nutricional.

Los pacientes estabilizados de la abstinencia alcohólica se les someterán a evaluación de pruebas de funcionamientos hepáticos, renales y hematológicos; para luego ser referidos al Médico internista de la Unidad Médica más cercana para su evaluación integral y referencia a grupos de autoayuda.

Manejo en Hospitalización:

El manejo de síntomas de mayor gravedad será realizado por Medicina Interna o Medicina General, en hospitalización, de su área geográfica de adscripción.

Objetivos de la Hospitalización:

- Corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.
- Prevenir las complicaciones y las secuelas a largo plazo.

Nutrición:

Los pacientes con consumo fuerte y crónico de alcohol son mal nutridos, tanto en el aspecto calórico y proteico, como también deficiencia de Minerales y vitaminas específicas.

Generalmente los pacientes en abstinencia se encuentran deshidratados, lo cual es secundario a vómitos, diarrea, fiebre y diaforesis por lo que los líquidos intravenosos estarán indicados. Si se decide utilizar soluciones dextrosadas, se debe tener cuidado en administrar primero Tiamina para evitar la Encefalopatía de Wernicke.

FARMACOTERAPIA

Benzodiazepinas:

Son las drogas de elección para el manejo de la abstinencia alcohólica.

Las benzodiazepinas alivian los síntomas de la abstinencia y previenen las convulsiones y el Delirium Tremens.

Las preparaciones de corta acción como Lorazepam son particularmente útiles en los pacientes ancianos, con alteración hepática o en pacientes en postoperatorios para evitar la sobre sedación. Las drogas de larga acción como el Diazepam pueden causar sedación excesiva. Los agentes con un rápido inicio de acción como el **Lorazepam y Diazepam** están más asociados con el abuso.

La ruta de administración dependerá de la condición clínica del paciente, se prefiere la vía oral o IV. Lorazepam es el medicamento de elección debido a sus propiedades lipofílicas.

Las dosis orales de inicio son:

- Lorazepam 2 Mg. 2 mgs c/8 horas o
- Diazepam 10 mgs. 10 mgs c/8 horas o
- Clonazepam 2mgs. 2-4 mgs c/8 horas.

En caso de intolerancia a la vía oral, se utilizará diazepam 10 mgs EV. c/8 horas.

Las dosis se mantendrán durante la estancia hospitalaria de 5 a 7 días solamente.

Neurolépticos:

El Haloperidol tiene algún efecto en la reducción de los síntomas agudos de la abstinencia. Tienen efectos en la reducción del delirio. Estos medicamentos pueden reducir el umbral convulsivo e incrementar el riesgo de convulsiones.

Dosis: 5 – 10 mgs IM c/hora, según necesidad hasta el control de los síntomas y como máximo: 30 mgs/día. Nunca usar Clorpromazina parenteral ni oral.

Manejo de las convulsiones:

Las convulsiones por abstinencia alcohólica se presentan en aproximadamente en el 25 al 33% de consumidores de alcohol crónico.

Estas usualmente son generalizadas y autolimitadas, y menos del 3 % se presentan como un estatus epiléptico, ocurriendo tempranamente en el curso de la abstinencia entre 8 y 24 horas, más del 90% de convulsiones ocurren dentro de las 48 horas después de la última ingesta de alcohol.

El pilar del tratamiento son las benzodiazepinas, más comúnmente **Diazepan** intravenoso.

Dosis: Diazepan: 5–10 mgs IV lento, a dosis/ respuesta inicialmente, con intervalos de 30 minutos #3, inicialmente y según necesidad posteriormente.

La Fenitoina no esta recomendada corrientemente, pero debe considerarse si el paciente tiene una historia previa de convulsiones, o convulsiones recurrentes después del ingreso.

La referencia a Hospital Psiquiátrico del ISSS, es a través de la emergencia del Hospital General debido a comorbilidad psiquiátrica, en donde serán tratados de acuerdo al caso, descartando que la sintomatología no sea secundaria al mismo consumo de alcohol.

En el nivel 1 y 2 debe alentarse al paciente a participar en los grupos de autoayuda, una vez el cuadro de abstinencia alcoholica ha cedido, para iniciar su rehabilitación.

- * Psicoeducación.
- * Atención Psicológica.

EXÁMENES DE INGRESO:

- Hemograma.
- Glicemia.
- Nitrógeno uréico y creatinina.
- Proteínas séricas.
- Creatinin fosfoquinasa (CPK).
- Electrólitos.
- Examen general de orina.
- Transaminasas.
- Fosfatasa alcalina.
- Bilirrubinas.
- Tiempo y valor de protrombina.

CRITERIO DE EGRESO O DE ALTA

Resolución de los signos y síntomas de abstinencia.

INCAPACIDADES

En el nivel I no aplican las incapacidades.

Solamente se extenderá por el período de hospitalización y se dará diagnóstico específico en la incapacidad.

EXAMENES DE CONTROL

Hemograma, Glucosa, Potasio y Magnesio, CPK, Creatinina o según caso.

EDUCACION

Dirigida a pacientes y familiares:

- La ingesta de alcohol predispone al apareamiento de condiciones graves y deteriorantes de la calidad de vida del paciente y sus familiares.
- Identificar y evitar las situaciones de riesgo.

- Hacer planes concretos para evitar beber, por ejemplo: pensar en la manera de hacer frente a las situaciones sin necesidad de beber alcohol, saber como responder a los amigos que todavía beben.
- Pertenecer a grupos de autoayuda.



PACIENTE AGITADO

DEFINICION

La agitación es una condición clínica caracterizada por actividad motora excesiva, irritabilidad, hostilidad y en casos severos, violencia.

La actividad motora puede presentarse dentro de un amplio rango que puede ir desde una inquietud motora leve hasta un comportamiento francamente violento con un potencial daño para si mismos o para otras personas y cosas; ésta actividad, además, puede estar acompañada de fenómenos psíquicos diversos, tales como alucinaciones e ideas delirantes.

Tanto la agitación como la violencia son constelaciones no específicas de comportamientos que pueden ser vistos en gran número de condiciones clínicas, y no son específicas de cuadros psiquiátricos. La agitación o la violencia pueden presentarse en pacientes provenientes de la comunidad o en pacientes médico-quirúrgicos u obstétricos hospitalizados.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Por ser un cuadro síndromico originado por varias patologías, no puede determinarse epidemiología específica.

Las etiologías mas frecuentes son:

1. Trastornos psiquiátricos primarios:

- Trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de personalidad.

2. Etiología médica general:

a. Enfermedad médica sistémica:

- Metabólica: desbalances hidroelectrolíticos, diabetes mellitus, hipoxia.

- Endócrina: condiciones tiroideas y adrenales, síndrome carcinoide.
- Falla orgánica: encefalopatía hepática, encefalopatía urémica, falla respiratoria, condiciones cardiovasculares.

b. Patología del Sistema nervioso central:

- Traumatismos.
- Condiciones vasculares.
- Infecciones.
- Epilepsia.
- Demencia.

c. Efectos de sustancias:

- Drogas de abuso: alcohol (intoxicación, delirium, abstinencia), estimulantes, hipnóticos y ansiolíticos.
- Efectos idiosincráticos o tóxicos de medicamentos utilizados en patologías médicas.
- Efectos idiosincráticos o efectos adversos de fármacos psicotrópicos.

CLASIFICACION

Por ser ésta una manifestación clínica con múltiples etiologías no se puede clasificar.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLÍNICOS

Es importante tener en cuenta que la agitación usualmente se presenta con un curso fluctuante que puede cambiar rápidamente.

Dentro de los comportamientos que constituyen signos de agitación están los siguientes:

- Agresión a si mismo o a otros, no presente en todos los casos.
- Inquietud.

- Hiperactividad.
- Respuesta aumentada a estímulos externos e internos.
- Irritabilidad.
- Actividad motora o verbal que a menudo es repetitiva y sin un fin específico.
- Signos vegetativos como alteraciones en el patrón de sueño.
- El paciente puede quejarse además de un componente subjetivo de inquietud interna o incapacidad para permanecer quieto.

LABORATORIO Y GABINETE

No aplica para el diagnóstico del Síndrome de agitación, pero debe descartarse la posible etiología médica.

CRITERIOS DE INGRESO

Todo paciente que presente un cuadro de agitación debe tener un tratamiento dual:

- a-Evaluación médica integral, para descartar una patología médica subyacente.
- b-Posteriormente a evaluación médica, y habiéndose descartado componente físico, y definiendo el tratamiento específico, el paciente será referido al área hospitalaria más cercana.

El ingreso de éstos pacientes estará autorizado aún en contra de su voluntad por familiares o la legislación correspondiente.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

NIVEL I Y II:

- Evaluación para descartar patología médica y decidir su tratamiento. En caso de patología médica referir a emergencia de area hospitalaría. Si es problema psiquiatrico seguir esquema.

- Contención física del paciente, si fuese necesario, previa información pertinente de las razones de ésta al paciente y a su familia o acompañantes.
- Administración de antipsicótico de alta potencia y/o benzodiazepina por vía intramuscular:
 - Haloperidol 5 mgs. 1 ampolla y Midazolam 15 mgs. 1 ampolla IM; dicha dosis se podrá repetir de ser necesario, c/30 minutos hasta 2 dosis.
 - Canalizar vena.
 - Referencia a Centro de mayor complejidad bajo supervisión. (Si es caso médico a II o III nivel según normas correspondientes, y si es psiquiátrico a la Unidad de Emergencia del Hospital General).

NIVEL III:

- Evaluación por Medicina Interna.
- En caso de enfermedad médica subyacente, ingreso a Servicio respectivo para manejo de etiología o determinar manejo específico en caso en que se ingrese a Psiquiatría.
- Evaluación por Psiquiatría para manejo de la Emergencia e ingreso a Hospital Psiquiátrico, o en la modalidad de interconsulta, si el paciente será ingresado en otra especialidad, o en caso que se maneje en Hospital Regional.
- Inicio de manejo de acuerdo a impresión diagnóstica.
- Abordaje no farmacológico del paciente (ver esquema específico).
- Abordaje farmacológico (ver esquema específico).

ABORDAJE DEL PACIENTE AGITADO:

La mayoría de conductas violentas que existen en la sociedad actual no son debidas a enfermedades mentales, y quienes las realizan no pueden ser considerados como enfermos mentales.

La seguridad es un aspecto vital, de otra manera el paciente puede hacerse daño o herir a otros.

Si el paciente es mínimamente abordable, es deseable intentar controlar la situación en una entrevista en la que el médico debe caracterizarse por:

- Propiciar un ambiente que garantice seguridad para ambos.
- No humillar al paciente o hacerle sentir rechazado. No emitir juicios sobre su accionar.
- Mostrar interés.
- Manifestar su deseo de ayudar.
- Preguntar sobre antecedentes psiquiátricos.
- Desarrollar cierta relación personal antes de formular preguntas específicas sobre violencia.
- Asegurar al paciente que se va a intentar todo lo posible para ayudarlo a controlar sus impulsos violentos.
- Hacer que otras personas salgan de la sala de exámen.
- Debe contarse con un consultorio abierto con una salida accesible al entrevistador.
- Tener ayuda disponible y constatar que el paciente no se encuentra armado.
- Mantener una actitud serena.
- Asegurar la confidencialidad.
- Ofrecer agua o un tranquilizante, lo que puede ayudar a disminuir la tensión durante la entrevista.
- Transmitir al paciente los límites de su comportamiento, ya que al encontrarse él con temor a la pérdida de control o fuera de éste, se sentirá más tranquilo que alguien si lo tenga. Sin amenazar.
- Evitar el contacto ocular permanente.

- Ser asertivo.

Contención física:

En caso que no haya más remedio que proceder a ésta medida es preciso tener en cuenta lo siguiente:

Explicarle al paciente las razones de la contención.

- Debe realizarse por al menos 5 personas.
- Una muestra de fuerza puede provocar colaboración espontánea.
- Establecerse un plan específico (1 individuo en cada extremidad y otro en la cabeza)
- La contención del paciente se realiza cuando éste está distraído.
- Debe haber medicación sedante intramuscular disponible, que será administrada tan pronto como sea posible después de haber realizado la contención si el paciente continúa forcejeando para evitar que se haga daño.
- Las contenciones físicas de cuero son las más seguras y deben ser de material resistente y no dañino.
- Las sujeciones deben ser revisadas periódicamente por el personal sanitario para garantizar la seguridad y comodidad del paciente.
- No debe quitarse la sujeción hasta contar con el personal adecuado.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SEDANTE:

Al decidirla se debe tener en cuenta el diagnóstico presuntivo, el consumo de sustancias tóxicas o psicoactivas previo.

En la agitación debida a Trastornos psicóticos graves (Esquizofrenia o episodios maníacos) es aconsejable la utilización de Neurolépticos de efecto sedante por vía intramuscular. Tomar en cuenta que puede usarse Clorpromazina 25 a 50 mg IM, pero deben considerarse sus efectos adversos como hipotensor arterial, es útil el Haloperidol a dosis de 5-10 mg y/o Midazolam 15 mg IM.

Se recomienda una utilización escalonada de ésta medicación hasta 3 dosis con intervalos de 30 minutos como mínimo.

En Hospitalización:

Episodio agudo:

- Haloperidol 5 mgs. 10 mg + Midazolám 15 mgs. IM, de ser necesario, repetir a los 30 minutos # 3.
- Haloperidol 5 mgs. 10 mg EV. + Diazepám 10 mgs. EV (en dilución), de ser necesario, repetir a los 30 minutos # 2.

Régimen de mantenimiento:

A. Esquema vía parenteral:

- Haloperidol 5 mg/amp 2 amp IM cada 6 -8 horas de acuerdo a requerimientos, por 24 horas y reevaluación posteriormente.

B. Esquema vía oral:

- Haloperidol 5-10 mg VO cada 8 horas y/o
- Diazepam 10-20 mg VO cada 8 horas.

El fármaco debe mantenerse mientras se aclara el diagnóstico preciso y se utilizará el tratamiento adecuado a la patología que precipitó el evento.

* Cuando el paciente está en condiciones de establecer una sesión Terapéutica iniciar psicoeducación y atención psicológica.

CRITERIO DE EGRESO

Por ser el cuadro agitacional una manifestación de una patología subyacente, el criterio de egreso será definido por la mejoría de dicha enfermedad.

INCAPACIDADES

La incapacidad se establecerá en relación con la patología subyacente, ya que el cuadro agitacional es de tipo sindrómico. En términos generales, se darán 7 días (1 semana).



REFERENCIAS.

Se establecerá en relación con la patología subyacente.

EXAMENES DE CONTROL

Se establecerá en relación con la patología subyacente.

EDUCACION

La educación en estos casos esta orientada a explicar al paciente y la familia, las razones para los procedimientos como la contención física y aplicación de fármacos parenterales aún en contra de su voluntad, al igual que las de su hospitalización.

Asimismo deberá aclarársele a los familiares que el procedimiento está orientado a la protección del paciente y de ellos mismos.

EPISODIO DEPRESIVO F 32.

(DEPRESIÓN PSICÓGENA, DEPRESIÓN REACTIVA, DEPRESIÓN MAYOR SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS)

DEFINICION

La persona padece de un estado de ánimo triste que varía escasamente de un día para otro y no responde a cambios ambientales, pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), disminución de la vitalidad (anergia), lo que lleva a reducir el nivel de actividad así como cansancio y fatiga exagerada, que aparece incluso tras esfuerzos mínimos. Además dificultad para mantener la atención y la concentración, trastornos del sueño y del apetito, ideas de culpa e inutilidad, desesperanza y pérdida de confianza en sí mismo. Pueden existir períodos de agitación o retardo psicomotriz. Algunas veces las alteraciones del estado de ánimo triste pueden enmascarse con irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, drogas o actos autoagresivos.

Ésta enfermedad tiende a presentarse en forma recurrente. Es consulta de urgencias solo cuando la severidad de la depresión es muy grande, cuando hay agitación o está asociado a ideas suicidas o se presenta en la etapa involutiva de la vida.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es un trastorno frecuente, con prevalencia del 5-15% en población en general, de 3-8 % en hombres y de 7.8-10.4 % en mujeres. Con una proporción de 2:1.

El trastorno inicia principalmente entre 20 y 40 años de edad (aunque puede presentarse en cualquier edad).

El trastorno se observa más en personas separadas, divorciadas, solteras, viudas.

Etiología: La etiología es multifactorial:

- a. Componentes biológicos: disfunción neuroquímica relacionada principalmente con neurotransmisores serotonina y noradrenalina.
- b. Componentes genéticos.
- c. Componentes psicosociales.

CLASIFICACION

Episodios depresivos (f 32):

- ◆ Episodio depresivo leve.
- ◆ Episodio depresivo moderado.
- ◆ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- ◆ Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Otros episodios depresivos.

- ◆ Episodio depresivo sin especificación.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS.

Presencia de por lo menos 2 de los siguientes 3 síntomas, durante al menos 2 semanas consecutivas:

1. Estado de ánimo triste, o disfórico (irritable en niños y adolescentes), la mayor parte del día y prácticamente todos los días, incluye llanto y verbalizaciones de estar triste.
2. Disminución o pérdida de interés en la capacidad de disfrutar de las cosas que antes le producían placer. (Anhedonia)
3. Disminución de la vitalidad y cansancio exagerado (astenia) ,que aparece incluso tras esfuerzos mínimos.

Tres o más de los siguientes síntomas:

- Disminución de la atención y la concentración.
- Pérdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad (pérdida de autoestima).
- Ideas de culpa e inutilidad (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos de sueño.
- Pérdida del apetito.

En relación a los Episodios depresivos con síntomas psicóticos, aquí se cumplen las pautas establecidas pero que además están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Episodio depresivo leve:

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos 2 de éstos 3, deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos 2 del resto de los síntomas enumerados anteriormente: Ninguno de los síntomas debe estar presente en grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede agregar aquí si existe la presencia de síntomas somáticos o no.

Episodio depresivo moderado:

Deben estar presentes al menos 2 de los 3 síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos 3 (preferiblemente 4) de los síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado

intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

Un enfermo depresivo suele tener dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.

Se puede especificar si hay o no síntomas somáticos.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una intensa angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de si mismo, los sentimientos de inutilidad o décupla sean importantes, y el riesgo suicida es importante en casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante el episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes los 3 síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y al menos 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación y agitación psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

En éstos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, pero si los síntomas son muy graves y de inicio rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico aún con una duración menor a las 2 semanas.

Durante el episodio el paciente no es capaz de asumir responsabilidades de la vida diaria.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:

Se trata de un episodio grave que satisface las pautas establecidas y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de las que el enfermo se siente responsable. Las



alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias, acusatorias o de olores a podrido. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no con el estado de ánimo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Trastorno por consumo de alcohol o drogas.
- Enfermedades médicas o efectos de medicamentos (por ejemplo Betabloqueadores, y antihipertensivos, bloqueadores H2, anticonceptivos orales, y esteroides).

LABORATORIO Y GABINETE.

LABORATORIO:

- Pruebas tiroideas
- Hemograma
- Ex general de orina
- Electroencefalograma
- Test SRQ y Prime MD para depresión, para diagnóstico en el Nivel I.
- Test de Hamilton para depresión para diagnóstico en Nivel II.

COMORBILIDAD CON:

- Trastornos de ansiedad 70%
- Abuso de alcohol y drogas 70%
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Trastornos somatomorfos.

CRITERIOS DE INGRESO

- Episodio depresivo grave con intento suicida.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

- Depresiones resistentes que hayan tenido fracasos terapéuticos en niveles I y II.
- Episodios depresivos graves coexistiendo con otra patología psiquiátrica.
- Disfunción familiar, laboral o social notables.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

La combinación de psicoterapia específica y antidepresivos genera mejores resultados que la psicoterapia o farmacoterapia aisladas.

NIVEL I.

Tratamiento farmacológico: Se dará tratamiento en éste nivel a pacientes depresivos que no tengan complicaciones médicas severas o polifarmacia que contraindique el uso de fluoxetina.

Fluoxetina 20 mgs. 20- 60 mgs/mañana.

La dosis inicial será de 20 mgs, se harán incrementos de 20 mgs cada 2 semanas hasta llegar a 60 Mg.

El fármaco deberá mantenerse por 8 semanas como mínimo, y en el caso de ser exitoso el tratamiento se deberá mantener por 1 año a partir de la mejoría; el retiro después de éste período deberá ser gradual.

En caso de sintomatología ansiosa o trastornos del sueño concomitantes se deberá utilizar benzodiazapinas.

Psicoterapia:

- Psicoeducación, psicoterapia de apoyo.

En caso de no obtener mejoría, el caso pasará al nivel II.

NIVEL II:

- Trazodone 100 mg 100-200 mg/noche por 4 semanas. Si no hay mejoría, suspender tratamiento y esperar una semana, valorando el uso de Benzodiacepinas si son predominantes insomnio y ansiedad, usar

Diazepam 10 mg/tab., de 5 – 15 mg. V.O. cada noche por 1 semana y luego iniciar.

- Citalopram 20 mg 20-60 mg/día, con incremento semanal de 20 mg o 50 mg respectivamente, para lo cual se citará con Equipo de salud mental para valorar resultados terapéuticos o efectos adversos por enfermería. Si existe mejoría, mantenerle como mínimo 12 meses.
- En caso de fracaso terapéutico se debe cambiar - Antidepresivos tricíclicos, siempre que no haya patología médica que lo contraindique, así:
 - ✓ Amitriptilina o Imipramina 25 mg, iniciando dosis 25 mg/ noche, con aumento gradual de 25 mg cada semana, hasta 150 mg por noche.
 - ✓ La elección se hará si existe preponderancia de ansiedad con Amitriptilina o si existe inhibición psicomotriz con Imipramina.

Con respecto a adultos mayores, el nivel I debe utilizar Fluoxetina a dosis de 20 -40 mg por 4 semanas, y si no hay mejoría clínica se derivará al nivel II. En el nivel II Citalopram 20-60 mg cada día por 6 semanas. Valorar la utilización de Benzodiacepinas con control estrecho para vigilar la sedación .Si esto no tiene éxito se enviará al nivel III.

El manejo del Trastorno disfórico premenstrual quedará limitado al nivel II. Iniciando el tratamiento con Citalopram o Sertralina a las dosis antes indicadas 8 días previos a comenzar la menstruación, y 8 días después de la misma se recomienda mantenerlo por 2 años.

- Psicoeducación.
- Asistencia Psicológica.

CRITERIO DE EGRESO

El egreso hospitalario se hará en base a:

- Disminución de síntomas clínicos (en especial tristeza, fatigabilidad, anhedonia) que motivaron el ingreso, en especial si existió intento o ideación suicida.

- Mejoría comprobada a través de escalas clínicas.

En depresión se pueden presentar casos que cursen hacia la cronicidad, y requerirán seguimiento a largo plazo en el Nivel III o se referirán a nivel II para seguimiento.

INCAPACIDADES

En depresiones leves, dependiendo de las alteraciones en atención, memoria, lognición o alteración en el desempeño laboral, se evaluará incapacidad de 3 a 5 días, con control inmediato.

En depresiones moderadas en que haya una notoria disfunción laboral y familiar, o en el caso de depresiones severas se optará por el ingreso hospitalario

La incapacidad posterior al egreso se dará por el período de hospitalización y hasta 1 semana posterior a éste.

Al ser dado de alta el paciente, se dará una cita deberá sobrepasar los 8 días.

REFERENCIAS

Para toda referencia se utilizará el formato de Referencia Contrarreferencia.

El nivel I referirá al Nivel II en base a los siguientes criterios:

- Paciente que no responde al uso de fluoxetina en dosis de 20-40 mgs/día por 8 semanas.
- Presencia de efectos secundarios de difícil manejo.
- Depresiones con comorbilidad psiquiátrica.

El nivel I referirá al Nivel III las siguientes patologías:

- Depresiones graves.
- Ideación suicida o gesto suicida.
- Depresiones psicóticas.

El Nivel II referirá al nivel III en base a los siguientes criterios:

- Depresiones resistentes.
- Depresiones psicóticas de difícil manejo.
- Depresiones severas con intención suicida.

Al ser dado de alta el paciente del Nivel III retornará a la Unidad médica de origen, con la información del manejo realizado y las recomendaciones pertinentes en el formato de Referencia Contrarreferencia.

No retornarán a niveles inferiores los pacientes con depresiones resistentes, recurrentes o donde exista un estresor persistente que requiera atención específica. (Terapia de familia, de pareja, etc).

EXAMENES DE CONTROL

No aplican.

EDUCACION

Información para el paciente y su familia.

- La depresión es una enfermedad frecuente y tratable, para la cual hay tratamientos seguros y efectivos.
- La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.
- Los síntomas de más fácil recuperación son el sueño y apetito, a menos que se use ISRS, el resto de los síntomas como ansiedad, agitación, desesperanza, desaparecen gradualmente.
- Los antidepresivos no son adictivos.
- Existen efectos secundarios de los fármacos que pueden ser molestos pero que mejoran con el tiempo, en caso de persistir deben comunicárselo al médico.
- Padecer de depresión no es un signo de debilidad, incapacidad personal, o algo por lo que deba sentir vergüenza.

- El paciente debe ser constante en el tratamiento que la mayor parte de veces es mayor de 6 meses.
- El paciente debe mantener en lo posible su rutina diaria, debe procurar la compañía de otras personas.
- Deberán evitarse cambios o decisiones importantes durante la fase aguda.



TRASTORNO DE PANICO F 41.0
(ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISÓDICA).

DEFINICION

Crisis o ataques de ansiedad grave, recidivantes, inesperados, súbitos, no limitadas a ninguna circunstancia específica y cuyos síntomas alcanzan su máxima expresión en menos de 10 minutos, resolviéndose en un período de 20 a 60 minutos. Estas crisis comprenden: palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo, temor a morir, despersonalización, temor a perder el control o a enloquecer. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que lo padecen terminan por huir del lugar en que se encuentran. Esta es la razón por la que dichos pacientes buscan ayuda en las Unidades de Emergencias de los Centros de salud. Según el CIE 10 se exigen 3 ataques en 3 semanas como problema moderado y 4 ataques en 4 semanas como problema severo.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- ✓ La prevalencia oscila entre 1.5 a 5% de la población general.
- ✓ La edad media de comienzo es la tercera década de la vida.
- ✓ La incidencia es mayor en mujeres que en hombre de 3:1.

CRITERIOS DE INGRESO

Requiere ingreso a hospitalización de acuerdo a comorbilidad.

CLASIFICACION

Trastorno de pánico con agorafobia.

Trastorno de pánico sin agorafobia.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS.

Para un diagnóstico definitivo, debe presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa, al menos durante el periodo de 1 mes.

Los síntomas vegetativos pueden ser:

- Palpitaciones.
- 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 (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias.
- Escalofríos o sofocaciones.

Los síntomas deben aparecer:

- a.** En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo inmediato.
- b.** No deben presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles.
- c.** En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatorio leve.

No son debidos a efectos directos de drogas, enfermedad orgánica o mental.

En el diagnóstico diferencial debe descartarse:

ENFERMEDADES:

- Angina pectoris.
- Taquiarritmia paroxística.

- Prolapso de válvula mitral.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Embolia pulmonar.
- Hiperventilación.
- Hipoxia (EPOC, Asma).
- Hipoglicemia.
- Feocromocitoma.
- Tensión premenstrual.
- Dolor asociado a enfermedad médica que desencadena ansiedad.
- Arterioesclerosis cerebral.
- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Migraña.
- Tirotoxicosis.
- Trastornos vestibulares.
- Enfermedades de la colágena.

MEDICAMENTOS:

- Deprivación de drogas depresoras del SNC.
- Intoxicación por drogas.
- Cafeinismo.
- Tabaquismo.
- Anfetaminas.
- Esteroides.
- Intolerancia a la aspirina.
- Salbutamol.

Pautas para el diagnóstico de Agorafobia:

- a. Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad, y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b. Esta ansiedad se limita o predomina en al menos 2 de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- c. La evitación de la situación fóbica es o ha sido una característica destacada.

LABORATORIO Y GABINETE

Deberá descartarse organicidad y se tomaran las siguientes pruebas:

Exámenes básicos:

- Glicemia.
- Pruebas tiroideas.
- Electroencefalograma.
- Electrolitos.
- Electrocardiograma.
- Pruebas hepáticas.
- Examen general de orina.
- Estudios de presencia de tóxicos.
- Escala de Sheehan (Para trastorno de pánico)

CRITERIOS DE INGRESO

El trastorno de pánico por su carácter episódico, no requiere hospitalización a excepción que exista una comorbilidad sobreagregada, las mas comunes son la depresión (30-50%), alcoholismo (35%), intento suicida (20%).

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

Estos pacientes son grandes demandantes de servicios de salud, siendo frecuente que tarden en diagnosticarse.

NIVEL I:

Realizar el diagnóstico presuntivo y referirlo al Nivel II a la consulta de Medicina interna, ya habiendo indicado las pruebas de laboratorio y gabinete pertinentes, que serán evaluadas por el Médico Internista éste últimos. Iniciar el tratamiento en el I nivel con Diazepam o 10 mg 10-30 mg al día por 10 días, y luego solo al presentarse el ataque de pánico le indicará Clobazam 10 mg. de 5 a 20 mg. al día por 10 días. Si no mejora con este tratamiento, se referirá a Medicina Interna.

NIVEL II:

En la consulta de Medicina interna se descartará la patología somática, tomando en cuenta los exámenes previamente indicados, y enviarlo al Equipo de Salud Mental si por exclusión se corrobora el diagnóstico de Trastorno de Pánico.

Iniciar:

1. Fluoxetina 20 mg 20-80 mg cada día, con la dosis más baja posible, aumentándolo cada 15 días según evolución. Reevaluación por enfermera de salud mental cada 15 días, para reajustar dosis. Mantener 1-2 años.

Si no hay mejoría:

Clonazepam 2 mg 2-4 mg cada día, mantenerlo de 1-2 años si hay alivio. No usarlo en pacientes con historia de abuso de sustancias. Con controles cada 15 días por enfermera de salud mental.

Si no hay mejoría aplicar esquema de Imipramina.

En caso de no mejorar, enviar al Tercer Nivel.

Tratamiento psicoterapéutico:

- Terapia cognitiva: los principales elementos son la información sobre las creencias falsas del paciente, como la tendencia a interpretar síntomas físicos como catastróficos, y la explicación acerca de las características de la crisis de angustia.

- Terapia de relajación.
- Terapia de introspección.
- Terapia asertiva.
- Psicoeducación.

Síndrome de discontinuación de Benzodiazepinas:

La discontinuación de Benzodiazepinas puede producir síntomas de “rebote”, los cuales son similares o idénticos al trastorno para el cual fueron prescritos y finalmente presentar abstinencia.

Las benzodiazepinas están contraindicadas o deben emplearse con precaución en: Miastenia gravis, Glaucoma de ángulo estrecho, insuficiencia respiratoria severa, apnea del sueño, alcoholismo o drogodependencia, gestación (primer y tercer trimestre), lactancia, insuficiencia renal grave, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca congestiva niños y paciente geriátrico.

CRITERIO DE EGRESO

El control de la comorbilidad, el alta será en base a la ausencia de crisis de pánico, control de ansiedad anticipatoria y no agorafobia durante 1 año, así como la comorbilidad si esto existiese.

- Son frecuentes las recidivas en estos pacientes; si reaparece la sintomatología deber
- á iniciarse de nuevo el tratamiento por 6-12 meses.

INCAPACIDADES

Por ser un cuadro de características agudas, no procede la incapacidad a largo plazo.

En el caso de cuadros agudos, se deberá incapacitar por 1 a 3 días, previendo efectos secundarios del inicio del tratamiento.

En el caso de hospitalizados, la incapacidad incluye el período de ingreso solamente.



REFERENCIAS

Referencia de Nivel I a Nivel II:

Todos los pacientes con diagnóstico de pánico, en los que no se pudo controlar los síntomas.

Referencia de Nivel II a Nivel III:

- Casos en los que hay comorbilidad.
- Pacientes con respuesta parcial al tratamiento.
- Pacientes que no responden al tratamiento.
- Síndrome de hipersensibilidad a fármacos utilizados.

Cuando los pacientes mejoren pueden ser dados de alta o referirse al II nivel para seguimiento.

EXAMENES DE CONTROL

No proceden en el trastorno de pánico.

EDUCACION

Información para el paciente y su familia en los 3 niveles de atención:

Cuando se presentan los ataques de pánico:

- Permanecer donde está hasta que pase la crisis.
- Concentrarse en controlar el pánico, no en los síntomas somáticos.
- Respirar lenta y profundamente.
- Convencerse a si mismo que es un ataque de pánico y que pasará pronto.
- Identificar los miedos exagerados que se producen durante el ataque (temor a un infarto o un derrame cerebral, locura o muerte) para buscar explicación médica de que eso no es cierto.

Los trastornos de pánico son frecuentes, es una enfermedad real (no una debilidad de carácter) para la cual existen tratamientos efectivos.

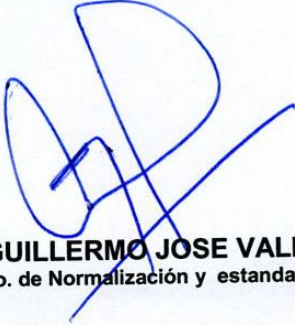
La ansiedad mental y física se complementa y refuerzan, por lo que al concentrarse en los síntomas físicos lo único que se logra es la ansiedad mental.


No hay que evitar situaciones o lugares donde haya padecido el ataque de pánico, ya que reforzará la ansiedad fóbica.

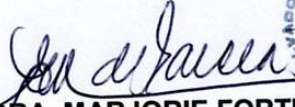
Incluir a los pacientes en grupos de autoayuda y/o terapéuticos, además de propiciar actividades relajantes y de ocio.


Las presentes Guías de Manejo de Medicina General (Modulo III), en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, sustituye a todos las guías que han sido elaborados previamente, a partir del mes de enero de 2006.

AUTORIZACIÓN


DR. GUILLERMO JOSE VALDES
Jefe Depto. de Normalización y estandarización


DR. SIMON BALTAZAR AGREDA
Jefe División Técnica Normativa


Vo.Bo DRA. MARJORIE FORTIN
Subdirectora de Salud





DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2006.

Djgavarrete.