

### ANOREXIA NERVIOSA

Tabla 39: Pistas para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

Anorexia Nerviosa	
<b>Indicios físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo del sexo femenino.</li><li>– Fallo en el crecimiento normal para la edad y sexo.</li><li>– Retraso en la menarquía.</li><li>– Amenorrea primaria o secundaria inexplicable.</li><li>– Complicaciones médicas por ejercicio abusivo.</li><li>– Miembros de un grupo de población de alto riesgo (bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, ...).</li><li>– Osteoporosis en jóvenes.</li><li>– Hirsutismo o lanugo.</li></ul>
<b>Indicios conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.</li><li>– Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.</li><li>– Alteraciones en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.</li><li>– Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.</li><li>– Retraimiento de amistades y compañeras.</li></ul>

**CRITERIOS GENERALES**

**Tabla 40: Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según la CIE-10.**

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet\$ de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los siguientes síntomas: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

\$ Índice de masa corporal de Quetelet = peso(KG)/altura<sup>2</sup> (m)

**Tabla 41: Diagnóstico diferencial de la Anorexia Nerviosa.**

Enfermedades médicas generales, con una pérdida importante de peso (generalmente no existe un temor a engordar ni una alteración de la imagen corporal):

- Trastornos gastrointestinales.
- Tumores cerebrales.
- SIDA.
- Sdr. de la arteria mesentérica superior.
- Alteraciones metabólicas.

Otras enfermedades psiquiátricas:

- Depresión.
- Cuadros psicóticos.

## CRITERIOS GENERALES

Aunque parezca sorprendente, muchas muchachas con una larga historia de malnutrición, que se traduce un bajo peso corporal, presentan en su mayoría pocas complicaciones físicas. Este dato, que en principio puede parecer tranquilizador, no lo es tanto si consideramos que para la mayor parte de las pacientes, la ausencia de importantes alteraciones físicas es signo de que su trastorno alimentario es poco importante y no precisa de tratamiento. La poca conciencia de enfermedad de estas pacientes se ve apoyada por dicha ausencia de síntomas, opinión que se ve reforzada en ocasiones por los propios profesionales de la salud que miden la gravedad del trastorno por la riqueza clínica.

Son pocas las anoréxicas que, en las primeras fases del trastorno, no se manifiesten con una gran actividad y energía en todas sus tareas sin que nada permita sospechar la futura claudicación física que se produce con el agravamiento de los síntomas. En estas fases, la exploración física sólo permite apreciar una sintomatología poco específica.

**Tabla 42: Exploración general más frecuente en las anoréxicas.**

- Delgadez
- Malnutrición
- Piel seca y fría
- Edemas maleolares
- Cabello lacio y frágil
- Uñas quebradizas
- Lanugo
- Caries dentales

Sin embargo, con el tiempo y agravamiento de la enfermedad pueden aparecer numerosas complicaciones médicas.

**Tabla 43: Complicaciones médicas de la Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo.**

<b>Signos vitales</b>	– Bradicardia
	– Hipotensión
	– Hipotermia
<b>Sistema Nervioso Central.</b>	– Atrofia cerebral generalizada
	– Atrofia cerebral localizada
<b>Corazón</b>	– Edema periférico
	– Disminución del tamaño del corazón
	– Adelgazamiento de las paredes ventriculares
	– Derrame pericárdico
	– Menor respuesta ante el ejercicio
	– Síndrome de la arteria mesentérica superior
	– Hipotensión, bradicardia
	– Alteraciones en el EKG

**CRITERIOS GENERALES**

Tabla 43: Complicaciones médicas de la Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo (continuación).

<b>Riñón</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Azoospermia pre-renal</li><li>- Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipofofosfatemia, hipocalcemia</li></ul>
<b>S. Hematológico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anemia</li><li>- Leucopenia</li><li>- Hipofunción médula</li></ul>
<b>Aparato digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vaciado gástrico lento, estreñimiento</li><li>- Dilatación gástrica</li><li>- Disminución de lipasa y lactasa</li></ul>
<b>Metabólico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hipercolesterolemia</li><li>- Hipercarotenemia</li><li>- Hipoglicemia</li><li>- Aumento de las enzimas hepáticas</li></ul>
<b>Endocrino</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Amenorrea y disminución de estrógenos</li><li>- Disminución de la hormona luteinizante</li></ul>
<b>S. óseo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Osteoporosis</li><li>- Aumento del riesgo de fracturas patológica</li><li>- En pacientes jóvenes, estancamiento en el crecimiento y retraso en la maduración ósea</li></ul>
<b>Complicaciones dermatológicas y dentales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Piel seca, escamosa y agrietada</li><li>- Lanugo</li><li>- Pigmentación caroténica</li><li>- Callosidades en el dorso de las manos (signos de Russell)</li><li>- Dermatitis perioral</li><li>- Erosiones del esmalte dental</li></ul>

## CRITERIOS GENERALES

Tabla 44: Factores pronósticos a largo plazo de la Anorexia Nerviosa.

<b>Buen pronóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto logro educacional</li> <li>- Temprana edad de comienzo</li> <li>- Buen ajuste educacional</li> <li>- Mejoría de la imagen corporal después de ganar peso</li> <li>- AN restrictivas</li> <li>- Menor rechazo de la enfermedad</li> <li>- Menor inmadurez psicosocial</li> <li>- Mayor hiperactividad previa</li> <li>- Menor alexitimia</li> <li>- Dinámica familiar menos alterada antes y durante la AN</li> <li>- Otros</li> </ul>
<b>Peor pronóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico tardío</li> <li>- Mayor edad de comienzo</li> <li>- Mayor distorsión de la imagen corporal</li> <li>- AN vomitadoras y bulímicas</li> <li>- Biotipo previo obeso</li> <li>- Déficit neurológicos</li> <li>- Disturbios familiares</li> <li>- Uso/abuso de laxantes o diuréticos</li> <li>- Automutilaciones frecuentes</li> <li>- Larga duración de la enfermedad</li> <li>- Ingresos frecuentes</li> <li>- Sexo masculino</li> <li>- Patología psiquiátrica concomitante o secundaria (depresión, adicciones, ...)</li> </ul>

## BULIMIA NERVIOSA

Tabla 45: Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa según la CIE-10.

### Pautas para el diagnóstico:

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómito autoprovocado, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

**Tabla 46: Diagnóstico diferencial de la Bulimia Nerviosa.**

- Enfermedades neurológicas (Sdr. De Klein-Levin)
- Otras enfermedades psiquiátricas (depresión, trastornos de la personalidad)

**Tabla 47: Complicaciones de la bulimia nerviosa.**

**1) Por la bulimia**

- Ante la ingesta excesiva notan plenitud abdominal, fatiga, náuseas, cefaleas, debilidad, sensación de hinchazón, ...
- Dilatación o rotura gástrica
- Hernia de hiato, perforación esofágica
- Rotura diafragmática con entrada del contenido abdominal
- Aumento del tamaño de las glándulas salivares y parótida
- Pancreatitis, aumento de amilasa
- Edema crónico
- Neumomediastino
- Hipotensión
- Trastornos menstruales, ...

**2) Por los vómitos**

- Desequilibrios hidroelectrolítico, hipocalcemia, hipopotasemia, hipoglucemia
- Arritmias cardíacas, prolapso mitral
- Nefropatías
- Parestesias-disestesias periféricas, crisis comiciales
- Erosión del esmalte dental
- Reflujo gastro-intestinal
- Lesiones en el dorso de la mano

**3) Abusos de laxantes/diuréticos**

- Esteatorrea
- Retención de líquidos
- Colon irritable, megacolon
- Nefropatías, ...

CRITERIOS GENERALES

Tabla 48: Diferencias entre la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio en edades más tempranas</li> <li>- Predominio femenino</li> <li>- Más demacradas</li> <li>- Variablemente impulsivas</li> <li>- Miedo a ser bulímicas</li> <li>- Peso bajo</li> <li>- Método de control de peso: restricción alimentaria</li> <li>- Mayor capacidad de control</li> <li>- Mayor hiperactividad</li> <li>- Amenorrea casi en el 100%</li> <li>- No comen</li> <li>- Menor psicopatología asociada</li> <li>- Frecuente hipotensión, bradicardia e hipotermia</li> <li>- Menos conductas autolíticas directas</li> <li>- Conductas bulímicas en el 50-70% de los casos</li> <li>- Peor respuesta a los antidepresivos</li> <li>- Puede evolucionar hacia una BN</li> <li>- Complicaciones muy variadas y de carácter más crónico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio más tardío</li> <li>- Predominio femenino</li> <li>- Menos demacradas o aspecto normal, pasan más desapercibidas</li> <li>- Mucho más impulsivas</li> <li>- Deseo de ser anoréxicas</li> <li>- Peso cercano al normal</li> <li>- Método de control de peso: vómitos, laxantes-diuréticos</li> <li>- Mayor descontrol</li> <li>- Menor hiperactividad</li> <li>- Menstruación generalmente normal</li> <li>- Pueden no comer a veces, pero la tendencia es a vomitarlo</li> <li>- Mayor psicopatología asociada de personalidad, sociopatías, consumo de tóxicos, cleptomanía, depresión</li> <li>- Poco frecuente</li> <li>- Conductas autolíticas más frecuentes</li> <li>- Conductas bulímicas en el 100% de los casos</li> <li>- Mejor respuesta a los antidepresivos</li> <li>- Rara vez evolucionan hacia una AN típica, pero sí presentan antecedentes de AN menos severa</li> <li>- Complicaciones variadas, algunas derivadas de los vómitos o atracones y de carácter agudo</li> </ul>

*Las características comunes a ambas son: el miedo obsesivo e irracional hacia la posibilidad de ser obesas, a perder su peso, al compromiso, con una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos.*

LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ante la sospecha de la presencia de algún TCA tras llevar a cabo una adecuada valoración del paciente, el Médico de Atención Primaria comunicará al paciente y a la familia la necesidad de consultar con un especialista y derivará a la paciente con sus familiares al Centro de Salud Mental de referencia mediante el protocolo de derivación correspondiente.

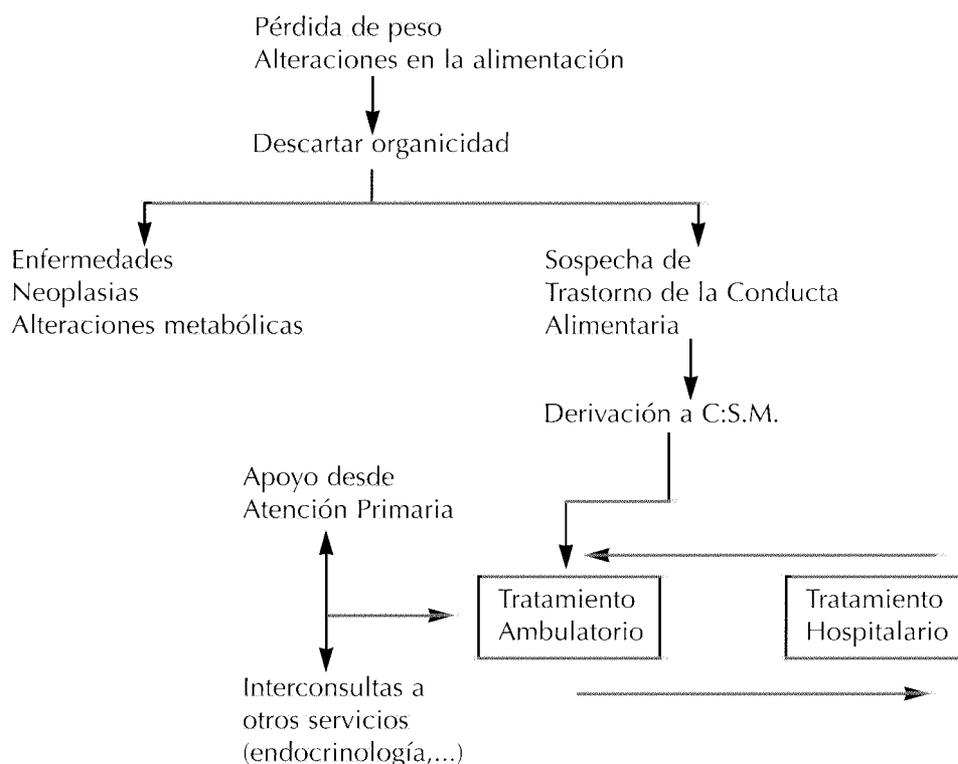
Dada la complejidad en el tratamiento de estos cuadros y el papel que pueden jugar los Médicos de Atención Primaria en la detección precoz, seguimiento y en la prevención de recaídas,

## CRITERIOS GENERALES

sería conveniente que se elaboraran protocolos de actuación específicos para una adecuada utilización de los recursos asistenciales disponibles y una mejor atención de los pacientes.

La derivación a recursos hospitalarios como parte de un plan de tratamiento de un paciente con TCA debe quedar bajo la responsabilidad de los especialistas de cada CSM.

**Gráfica 12: Líneas de actuación en Atención Primaria con los Trastornos de la Conducta Alimentaria**



### 4.6. Criterios Generales de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos de Psicóticos

#### Definición:

Históricamente se ha definido este término de formas distintas, sin que ninguna haya sido universalmente aceptada, no existiendo en la actualidad criterios operativos para su definición.

En su origen, este término hace referencia a cualquier trastorno mental, en tanto en cuanto se puede entender etimológicamente como una "degeneración psíquica primaria" (como artrosis etc). Habitualmente se ha utilizado contraponiéndolo a Neurosis, refiriéndolo a las formas más graves de enfermedad mental, antes llamadas locuras o vesanias.

La OMS, definió las psicosis como un trastorno mental en el que el deterioro de las funciones mentales alcanzan un grado tal que interfiere:

- La introspección.
- La capacidad para afrontar demandas ordinarias de la vida.
- Mantener un adecuado contacto con la realidad.

En resumen, es un término impreciso dentro del cual se agrupan un conjunto de cuadros clínicos heterogéneos, que no tiene criterios estrictos para su definición y que cumplen alguna de las siguientes características:

- Ruptura de la continuidad biográfica.
- Alteración grave de la capacidad de enjuiciar la realidad.
- Emergencia de síntomas clínicos graves como alucinaciones, delirios, conductas extravagantes, etc.
- No hay conciencia de enfermedad.
- Dificultad para empatizar con las vivencias del paciente.
- Afectación de áreas totales de la personalidad que compromete el funcionamiento global del paciente.

En este sentido amplio vienen definidos los cuadros psicóticos en clasificaciones anteriores, centrándose en el deterioro funcional que "interfería en gran medida en la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida".

Las clasificaciones actuales no definen ese término y lo utilizan de forma más amplia ó restrictiva, según lo aplique a unos cuadros clínicos u otros. La C.I.E. 10 incluye los siguientes cuadros clínicos dentro de los Trastornos Psicóticos:

**CRITERIOS GENERALES**

**Tabla 49: Clasificación de los Trastornos Psicóticos en la CIE-10.**

<b>F20</b>	<b>Esquizofrenia</b>
F20.0	Esquizofrenia paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica
F20.2	Esquizofrenia catatónica
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F20.4	Depresión post-esquizofrénica
F20.5	Esquizofrenia residual
F20.6	Esquizofrenia simple
F20.8	Otra esquizofrenia
F20.9	Esquizofrenia sin especificación
<b>F21</b>	<b>Tr. esquizotípico</b>
<b>F22</b>	<b>Tr. de ideas delirantes persistentes</b>
<b>F23</b>	<b>Tr. psicóticos agudos y transitorios</b>
F23.0	Tr. psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia
F23.1	Tr. psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
F23.2	Tr. psicótico agudo de tipo esquizofrénico
F23.3	Otro tr. psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
F23.8	Otros tr. psicóticos agudos transitorios
<b>F24</b>	<b>Tr. de ideas delirantes inducidas</b>
<b>F25</b>	<b>Tr. esquizoafectivos</b>
F25.0	Tr. esquizoafectivo de tipo maníaco
F25.1	Tr. esquizoafectivo de tipo depresivo
F25.2	Tr. esquizoafectivo de tipo mixto
<b>F28</b>	<b>Otros trastornos psicóticos no orgánicos</b>
<b>F29</b>	<b>Psicosis no orgánica sin especificación</b>

De todos estos trastornos, el cuadro más importante por su frecuencia y gravedad es la esquizofrenia.

**A) ESQUIZOFRENIA**

Aunque no existe una definición generalmente aceptada se puede entender la esquizofrenia como "un trastorno de etiología desconocida, caracterizado por síntomas psicóticos que deterioran significativamente el funcionamiento y que compromete los afectos, el pensamiento y el comportamiento" (Kaplan y Sadock, 1996)

**Tabla 50: Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia.**

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los males suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherentes o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (éstas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

**Pautas para el diagnóstico**

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general, como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación, precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses. Dada la dificultad para delimitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no debe hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotropas.

**Tabla 51: Formas de inicio de la esquizofrenia.**

<p><b>AGUDO:</b> →</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejor respuesta al tratamiento</li> <li>- Mejor pronóstico</li> </ul>	<p>Eclósión súbita de la sintomatología. Desde uno a pocos días. Se suele apreciar a través de sus conductas inapropiadas y extravagantes. "Un nuevo estar en el mundo". Puede aparecer con mutismo e inmovilidad absoluta: Cuadro catatónico</p>
<p><b>INSIDIOSO:</b> →</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peor respuesta al tratamiento</li> <li>- Peor pronóstico</li> </ul>	<p>Puede durar años y/o quedarse en trastornos esquizoides de la personalidad. En este inicio se puede confundir con neurosis depresivas y psicopáticas, pero siempre habrá un curso tórpido y nulas respuestas terapéuticas (despersonalizaciones, desrealizaciones, vivencias extrañas, con pocos criterios explicativos de la realidad)</p>

**CRITERIOS GENERALES**

Tabla 52: Formas clínicas de la esquizofrenia.

TIPO	CARACTERÍSTICAS	DIAGNÓSTICO
Simple	Predominan los trastornos de la afectividad (embotamiento afectivo y abulia). Desarrollo insidioso y progresivo. No hay síntomas psicóticos "positivos" (Alucinaciones, delirios). Se produce un empobrecimiento social, vagabundeo.	Difícil de concretar este diagnóstico, pues hay que reconocer el desarrollo progresivo de los síntomas "negativos" que caracteriza la E. Residual.
Hebefeñica	Importantes los trastornos afectivos transitorios. Comportamientos irresponsables son frecuentes. Ideas delirantes, alucinaciones, superficialidad, risas insulsas y absortas. Muecas y manierismos frecuentes. Aislamiento y dificultad para el contacto afectivo. Edad de comienzo 15 a 25 años y es de pronóstico malo por su tendencia al deterioro. Graves trastornos del pensamiento.	Pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Sólo en adolescentes y adultos jóvenes.
Catatóñica	Trastornos psicmotores graves. Hiperkinesia: Estupor. Obediencia automática. Negativismo. Intensa excitación. Estado oniroide: Alucinaciones.	Pautas generales para diagnóstico de esquizofrenia con predominio de uno o uno de los siguientes síntomas: Estupor, mutismo, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cerea, obediencia automática.
Paranoide	Es el tipo más frecuente. Predominan las ideas delirantes estables, con alucinaciones auditivas. Los trastornos del lenguaje, voluntad y catatóñicos son poco llamativos en caso de que los tenga.	Pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Ideas delirantes de persecución, voces alucinatorias. Alucinaciones olfativas, gustativas, muy raramente, visuales. Irritabilidad. Cierta incongruencia afectiva, aunque este campo no está muy alterado. Curso episódico o crónico, con remisiones personales. El comienzo puede ser tardío > 3 años.

CRITERIOS GENERALES

Tabla 53: Frecuencia de los síntomas de la esquizofrenia.

Síntomas Negativos	%	Síntomas Positivos	%
<b>Aplanamiento afectivo</b>		<b>Alucinaciones</b>	
Invariabilidad de la expresión facial	96	Auditivas	75
Disminución de los movimientos espontáneos	66	Voces comentando	58
Escasez de gestos expresivos	81	Voces conversando	57
Contacto pobre con la mirada	71	Sómicas-táctiles	20
Ausencia de respuesta afectiva	64	Olfativas	6
Afecto inapropiado	63	Visuales	49
Ausencia de inflexiones en el habla	73	<b>Ideas delirantes</b>	
<b>Alogia</b>		Persecutorias	81
Pobreza del habla	53	Celotípicas	4
Pobreza en el contenido del habla	51	De culpabilidad o pecado	26
Bloqueo	23	De grandeza	39
Aumento de la latencia de las respuestas	31	Religiosas	31
<b>Abulia-apatía</b>		Somáticas	28
Higiene personal y elegancia insuficientes	87	Ideas delirantes de referencia	49
Falta de persistencia en el trabajo o la escuela	95	Ideas delirantes de estar controlado	46
Anergia física	82	Ideas delirantes de lectura de la mente	48
<b>Anhedonia-asocialidad</b>		Difusión del pensamiento	23
Escasez de actividades e intereses recreativos	95	Inserción del pensamiento	31
Poca actividad sexual e interés sexual	69	Extracción del pensamiento	27
Alteraciones en la intimidad y en la proximidad	84	<b>Conducta extraña</b>	
Pocas relaciones con los amigos y compañeros	96	Vestido y apariencia	23
<b>Atención</b>		Conducta social y sexual	33
Distraibilidad social	78	Agresiva-agitada	27
Distraibilidad durante la consulta del médico	64	Repetitiva-estereotipada	38
		<b>Trastorno formal positivo del pensamiento</b>	
		Descarrillamiento	45
		Tangencialidad	50
		Incoherencia	23
		Ausencia de lógica	23
		Circunstancialidad	35
		Presión del habla	24
		Habla distraible	23
		Asociaciones sonoras	3

**CRITERIOS GENERALES**

**Tabla 54: Indicadores de buen y mal pronóstico en la esquizofrenia.**

<b>BUEN PRONÓSTICO</b>	<b>MAL PRONÓSTICO</b>
Inicio tardío Factores precipitantes objetivables Inicio agudo Buena adaptación social, sexual y laboral a nivel premórbido Síntomas de trastorno del estado de ánimo (especialmente tr. depresivos) Casado Historia familiar de tr. del estado de ánimo Buenos sistemas de apoyo Síntomas positivos	Inicio precoz No hay factores precipitantes Inicio insidioso Escasa adaptación social, sexual y laboral a nivel premórbido Soltero, divorciado o viudo Historia familiar de esquizofrenia Pocos sistemas de apoyo Síntomas negativos Signos y síntomas neurológicos Historia de dificultades perinatales Ninguna remisión en tres años Múltiples recaídas Historia de violencia

CRITERIOS GENERALES

Tabla 55: Datos epidemiológicos de la esquizofrenia.

1.- Población general:

- Prevalencia: 1% (rango: (0,3-3,7%))
- Incidencia: 0,30-0,59‰
- Servicios sanitarios: 16% en S.M. ambulatoria  
47% hospitalizaciones  
50% en tratamiento

2.- Edad media de comienzo: 20-39 años (hombre: 15-25; mujer; 15-54 (>40))

3.- Diferencias entre sexos:

- Distribución H/M: 1/1
- Hombres: comienzo más precoz, peor ajuste premórbido, más síntomas negativos, más anomalías cerebrales, curso más incapacitante, más abuso de tóxicos.
- Mujeres: mayor carga genética, más síntomas delirantes y afectivos, más alucinaciones auditivas, mejor ajuste social, edad de inicio más tardía, mejor pronóstico en general.

4.- Estado civil: más frecuente en solteros.

- Hombre: 82,4% solteros
- Mujer: 47,1% solteras

5.- Clase social:

- Más acúmulo en los niveles socioculturales bajos (resultado más que causa).
- No hay diferencias socioculturales entre padres y sí entre pacientes y parientes cercanos.
- Posible disminución de la incidencia. ¿Otras expresiones del problema? (Catatónicos).

6.- Morbilidad y Mortalidad:

- Mayor riesgo de muerte (2:1) que la población general. "Desventaja biológica".
- 10% de suicidios, aumento de enfermedades cardiovasculares e infecciosas.
- Disminución de la incidencia de patología cancerosa (excepto de la pulmonar), no comprobado. Disminución de artritis reumatoide.
- Causas de mayor mortalidad y morbilidad: hábitos alimenticios, inactividad, efectos secundarios de los fármacos, descuido familiar, alexitimia, alteración del eje. Hipotálamo-Hipofisario y disminución del sistema inmunitario.

**CRITERIOS GENERALES**

**B) OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

Tabla 56: Otros Trastornos psicóticos

**B1. TR. ESQUIZOTÍPICO:**

<b>Incluye:</b>
Esquizofrenia límite
Esquizofrenia latente
Reacción esquizofrénica
Esquizofrenia Pseudoneurótica
Trast. Esquizotípico de la personalidad

Se caracteriza por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y de la afectividad, sin que éstos llegaran a ser las de la Esquizofrenia. Tiene curso crónico y a veces evoluciona hacia una Esquizofrenia. Su inicio, evolución y curso son semejantes a los de un trastorno de la personalidad. Se cree que es una parte del espectro genético de la Esquizofrenia, de ahí que frecuentemente estos individuos estén emparentados con esquizofrénicos.

**2. TR. IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES**

<b>Incluye:</b>
Paranoia
Psicosis Paranoide
Parafrenia
Delirio sensitivo de referencia

La característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas que no pueden ser clasificadas como secundarias a trastornos orgánicos, afectivos o esquizofrénicos. Es un grupo heterogéneo cuyas relaciones con la esquizofrenia no están claras.

Las ideas delirantes son muy persistentes y a veces duran toda la vida. El contenido del delirio es muy variable (persecución, hipocondríaco..., de grandeza, celos...). No suele acompañarse de otra psicopatología.

Suele comenzar hacia la edad media avanzada de la vida.

Lenguaje y conductas suelen ser normales.

Datos epidemiológicos:

- prevalencia: 0.003-0.25%
- total ingresos hospitalarios: 4%
- incidencia: 1-3/100.000 hab.
- más frecuente en sexo femenino.

**3. TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS**

<b>Incluye:</b>
Bouffée delirante
Esquizofrenia aguda
Psicosis esquizofreniforme
Reacción esquizofrénica

Este grupo viene definido por las siguientes características

1.- comienzo agudo, como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico, en un periodo de dos semanas o menor.

2.- Presencia de síntomas típicos, presentando un estado clínico rápidamente cambiante y polimorfo con la presencia de síntomas esquizofrénicos.

3.- Presencia antes de 2 semanas de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural (Pérdidas bruscas y dramáticas, terrorismo, torturas, combates...)

Puede ser frecuente su asociación con trastornos de personalidad, nivel cultural bajo y déficit de coeficiente intelectual

CRITERIOS GENERALES

4. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS

**Incluye:**

"Folie à deux"

Trast. paranoide inducido

Psicosis simbiótica

Es poco frecuente. Las ideas delirantes son compartidas por dos o más personas unidas por estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece auténtico trastorno psicótico. En el otro las ideas delirantes suelen desaparecer al separarse del primero. Se necesitan unas características de aislamiento y "subcultura" para que se dé este trastorno, junto con unas características de dependencia y servidumbre entre las personas que padecen la psicosis genuina y la que padece el delirio inducido.

5. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

**Incluye:**

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco y depresivo

Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco y depresivo

Son trastornos episódicos en los que destacan tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos, generalmente de forma simultánea. No se puede clasificar en los trastornos afectivos, ni en los esquizofrénicos y son lo suficientemente frecuentes para componer una categoría aparte. Generalmente cursan de forma recurrente y se recuperan completamente.

Datos epidemiológicos

- prevalencia: 0.5-0.8%
- más frecuente en mujeres casadas

### LÍNEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA TRASTORNOS PSICÓTICOS

Estos trastornos los consideramos de intervención directa del Equipo de Salud Mental, desde su diagnóstico y diferenciación hasta su tratamiento y seguimiento. En algunos casos (y una vez establecido el Programa Regional de Atención al Paciente Psicótico) el Médico de Atención Primaria intervendrá en acciones de seguimiento, tratamiento conjunto, ámbito familiar o donde sea necesario para pacientes en particular que así lo requieran por cualquier circunstancia concreta.

En principio, las siguientes pautas de actuación sólo pretenden dejar indicado los pasos a seguir en caso de sospecha o diagnóstico de síndromes psicóticos en el nivel primario.

**Tabla 57: Sospecha de trastornos psicóticos en adolescentes y jóvenes.**

A) Trast. Humor: Ensimismamiento Cambios de humor Aislamiento Inhibición afectiva Tristeza Dificultad contacto	C) Trast. Pensamiento: Explicaciones inadecuado Expresión de teorías organizadas de diferente contenido: Grandeza Religión Paranoide Agresivo Aceleración/Entecimiento: Ideas delirantes...
B) Trast. Conducta: Retraimiento Agresividad Hostilidad Abandono de hábitos Ideas de Suicidio...	

Ante cualquiera de estas situaciones: ADOLESCENTE/JOVEN con cualquiera de los síntomas de A, B o C junto con el criterio del médico de familia, estará indicada su derivación directa al Equipo de Salud Mental, sin necesidad de ningún tipo de intervención específica por parte del médico de familia.

En todos estos casos habrá una indicación preferencial en cuanto a la rapidez de intervención.

### PACIENTE DIAGNOSTICADO Y TRATADO DE PSICOSIS QUE NO ESTÁ SIENDO ATENDIDO EN CSM

Información sobre situación y tratamiento a través de la familia.

- Si está siguiendo tratamiento y se encuentra bien:  
Indicarles los recursos de atención del área y que el paciente elija.  
Estimular la asistencia pública ambulatoria en Salud Mental, cuando el paciente obtenga algún beneficio de ella.
- Si no está siguiendo tratamiento, informar y estimular de la conveniencia de consultar al CSM.  
Si no quiere asistir y acepta ser tratado en AP.  
Establecer algunos mecanismos de control de tratamiento entre Salud Mental y Atención Primaria.

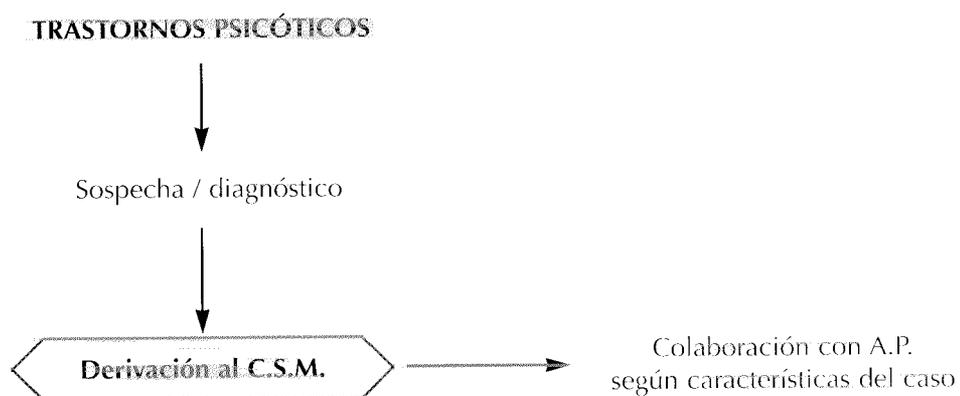
**Tabla 58: Consejos más importantes para los familiares de pacientes psicóticos según la O.M.S.**

- Tener la máxima información posible de la enfermedad y no quedarse nunca con ninguna duda, ni de la enfermedad ni de los tratamientos aplicados.
- Sintonizar con el médico lo más posible, es decir, colaborar a que entre el paciente, la familia y el profesional exista un ambiente cordial.
- Seguir las prescripciones médicas al pie de la letra e informar de inmediato de aquellas modificaciones que resulten sospechosas de que algo va mal (aún a riesgo de "ser pesado").
- Hablar con naturalidad de la enfermedad y los problemas que plantea con familiares, amigos, allegados, vecinos, y cuantos pregunten por ella.  
"El silencio es muy culpabilizador".
- Evitar el aislamiento, participar en reuniones, grupos, excursiones y cuantos acontecimientos sean cotidianos. "La soledad sólo aumenta la angustia y no conduce a nada positivo".
- Fijarse objetivos modestos y realistas con el paciente. Más vale que apruebe una asignatura o escriba una página a que no haga nada.
- Evitar el enfrentamiento directo con el paciente (salvo caso de máxima gravedad), y para ello, si es preciso, recurrir a terceras personas (el esquizofrénico a veces hace más caso a un hermano o un amigo que a sus propios padres).
- Nunca eludir el diálogo con el paciente sobre aquello que le preocupa, manifestándole en todo momento con veracidad qué es lo que padece aunque no lo entienda o no lo acepte.

## CRITERIOS GENERALES

En todo caso el médico de familia dispondrá de información de los pacientes psicóticos de su zona. De forma que conozca aquellos que están en tratamiento y los que no lo están. Favorecerá en aquellos últimos que lo necesiten la continuación de los tratamientos.

Gráfica 13: Líneas de actuación en Atención Primaria ante los trastornos Psicóticos.



**5. UTILIZACIÓN...**

## **5. UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

### **5.1. Datos Generales**

Según estudios recientes (Orleans 1985), los médicos de familia identifican problemas psiquiátricos en uno de cada 5 de sus pacientes, tratándolos ellos mismos en la mayoría de los casos. Esto comporta el uso regular de psicofármacos sobre todo antidepresivos y ansiolíticos, habitualmente acompañados con terapia verbal sobre todo en aspectos de razonamiento, consejos y apoyo emocional.

El avance de la psicofarmacología, hace posible el tratamiento de la mayor parte de los trastornos psíquicos de forma ambulatoria y en distintos niveles de intervención.

No obstante los fracasos terapéuticos subsanables son todavía abundantes. Según Ayd (1973), entre el 30% y el 80% de enfermos psiquiátricos no toman la medicación como ha sido prescrita y según Uriarte (1978), alrededor del 40% de médicos que recetan psicofármacos lo hacen en dosis insuficientes, a menudo en relación con la inseguridad que lleva la falta de familiaridad con estos productos.

La retirada prematura de los fármacos es otro factor del fracaso terapéutico subsanable no teniendo en cuenta la recurrencia de estos trastornos y otro factor sería la falta de información que tiene el paciente sobre los fármacos que toma (efectos secundarios).

Así mismo, a nuestro juicio, el modelo de intervención que permita subsanar los errores posibilitará un mayor éxito terapéutico: trabajar con programas, equipos coordinados con diferentes niveles y formas de intervención constituirá el modelo a seguir que debe sustituir a la mera consulta médica en el tema de la Salud Mental. Considerar la pérdida de la Salud Mental como un proceso en el que influyen muchos factores y abordar su recuperación desde estos principios, sin duda, llevará a mejorar los niveles de recuperación.

**Tabla 59: causas subsanables de fracaso terapéutico de los psicofármacos.**

- 1) No tomar la medicación según lo prescrito.
- 2) Utilización de dosis inadecuadas.
- 3) Retirada prematura del Tratamiento.
- 4) Falta de información sobre los síntomas secundarios.
- 5) Modelo de intervención.

## **5.2. Clasificación de los Psicofármacos**

Puede ser agrupado el conjunto de psicofármacos en relación a su acción clínica en:

ANTIPSICÓTICOS o NEUROLÉPTICOS  
ANTIDEPRESIVOS  
ANSIOLÍTICOS (HIPNÓTICOS)  
LITIO

El número de psicofármacos disponibles en la actualidad va aumentando en los últimos años de forma espectacular. Para el médico general es conveniente conocer y manejar un grupo reducido de 7 psicofármacos (2 Neurolépticos, 2 Antidepresivos, 1 IMAO, 2 Ansiolítico) como conjunto básico para su práctica habitual.

En esta guía de utilización se nombrarán bastantes más por la característica de este documento de reflejar la práctica diaria y tener en cuenta la realidad ya existente en estos temas.

Vamos a esquematizar la utilización de los 3 grandes grupos con unas breves características generales sobre su utilización, dosificación y combinación aplicada a las diferentes patologías contempladas en este documento.

Vamos a resaltar aquí lo que hemos referido a lo largo de este trabajo: ninguna actividad protocolizada debe sustituir a la particularidad que implica el paciente y la relación médico-paciente de forma que es aquí y con esta particularidad donde se determinan las acciones y conductas, tratamientos, dosificaciones, etc...

**5.3. Antipsicóticos**

**Consideraciones generales**

Los neurolepticos (NLP) o antipsicóticos (APS) son un conjunto heterogéneo de fármacos efectivos en el control de la sintomatología psicótica. La acción antipsicótica de los NLP clásicos se atribuía a su efecto reductor de la actividad de los receptores postsinápticos dopaminérgicos que da lugar a un incremento en el turnover o recambio de la dopamina. En la actualidad se sabe que posiblemente la situación sea más compleja y que estén implicados otros receptores.

**Tabla 60: Principales antipsicóticos.**

PRINCIPIOS ACTIVOS	NOMBRES COMERCIALES
Clorpromacina	Largactil <sup>®</sup>
Trifluoperacina	Eskazine <sup>®</sup>
Tioridacina	Melerial <sup>®</sup>
Haloperidol	Haloperidol Esteve <sup>®</sup> , Haloperidol <sup>®</sup>
Tiopropiracina	Majeptil <sup>®</sup>
Pimocida	Orap <sup>®</sup>
Sulpirida	Dogmatil <sup>®</sup> , Guastil <sup>®</sup> , Dixibon <sup>®</sup>
Clotiapina	Etumina <sup>®</sup>
Loxapina	Desconex <sup>®</sup>
Clozapina	Leponex <sup>®</sup>
Risperidona	Risperdal <sup>®</sup>
Olanzapina	Zyprexa <sup>®</sup>

**Tabla 61: Antipsicóticos depot.**

Decanoato de Flufenacina	Modecate <sup>®</sup>
Palmitato de Pipotiaccina	Lonserén <sup>®</sup>
Zuclopentixol	Clopixol depot <sup>®</sup> y Cisordinal depot <sup>®</sup>

### Normas generales de utilización

Su prescripción fundamental se realizará en los Centros de Salud Mental. No obstante el médico de Atención Primaria debe conocerlos, dado que podrá colaborar con el psiquiatra en el programa de tratamiento de los pacientes psicóticos estimulando la adhesión al tratamiento y el seguimiento de estos enfermos, según se indica en el protocolo correspondiente.

Como ideas generales sobre su utilización destacarían:

- Debe tenderse a utilizar un solo neuroléptico a dosis adecuadas, evitando, en lo posible, el uso combinado.
- Una vez remitidos los síntomas agudos es necesario proseguir, en la mayoría de los casos, con un tratamiento de mantenimiento por un período prolongado (generalmente no inferior a 2 años tras un brote psicótico).

### Dosificación

La dosificación es importante y es muy variable. Tradicionalmente, se suele tomar un neuroléptico de referencia: CLORPROMACINA y establecer las dosis por equivalencia con esta molécula.

Las dosis terapéuticas son diferentes según las patologías y el estado clínico del paciente, siendo conveniente individualizar las dosis a las necesidades del paciente. Las expresadas en este documento son meras referencias para el tratamiento de los trastornos psicóticos en adultos jóvenes entre las que nos podemos mover según nuestra experiencia.

**UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS**

**Tabla 62: Dosis generales de los antipsicóticos.**

Principios	Dosis mg/día/vía oral <sup>1</sup>		
	mínima	media	máxima
Clorpromacina	25-50	50-150	100-200
Trifluoperacina	2-6	5-10	15-20
Tioridacina	50-150	100-200	200-600
Haloperidol	1-4	5-10	6-15
Tiopropereacina	5-15	10-20	30-40
Pimocide	4-10	5-10	10-20
Sulpiride	100-150	150-300	400-600
Clotiapina	60-80	80-120	120-200
Loxapina	10-20	60-100	100-200
Levomepromacina	25-50	50-100	100-150
Clozapina	10	15	20
Risperidona	3	6-9	18
Olanzapina	10	15	20

*1. Las dosis dependen mucho del estado clínico del paciente (agudo, crónico, sin producción de síntomas), de la vía de administración y el efecto que persigamos con su prescripción, por lo que deben tomarse las cifras anteriores como una referencia por si se utilizaran estos fármacos en Atención Primaria.*

**Tabla 63: Otras indicaciones de los antipsicóticos.**

PSICOSIS AGUDAS:	PSICOSIS CRÓNICAS	OTRAS
Episodios maníacos	Esquizofrenias	Tr. Psicósomáticos
Bouffées delirantes	Delirios crónicos	Psicosis infantiles
Estados confuso-oníricos		Demencia senil
Tóxicos		Otros trastornos mentales orgánicos
Tr. grávido-puerperales		Algunos trastornos de personalidad

**Efectos secundarios**

Los neurolépticos son fármacos relativamente seguros, bien tolerados en general. Sin embargo presentan una variedad importante de efectos secundarios que pueden facilitar los abandonos de la medicación. Es necesario conocer estos efectos adversos y su manejo para evitarlos en la medida de lo posible y facilitar la adscripción al tratamiento de los pacientes tratados con estos fármacos. Los efectos secundarios pueden agruparse en dos grandes grupos:

**Tabla 64: Efectos adversos de los neurolépticos.**

Efectos neurológicos adversos	
<b>Sedación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su efecto es completamente independiente de la acción neuroléptica y no contribuye a la acción antipsicótica. Suele desarrollarse una tolerancia frente a la acción sedativa durante los primeros días. Este efecto es menor en los neurolépticos más potentes.</li> </ul>
<b>Efectos anticolinérgicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos frecuentes en los neurolépticos más incisivos (haloperidol, pimozide, tioproperazina) y aparecen con mayor frecuencia en el contexto de los pacientes polimedcados.</li> <li>- Destacan:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* <u>Manifestaciones sistémicas</u>: taquicardia, pupilas dilatadas y de reacción lenta, visión borrosa, piel caliente y seca, membranas y mucosas secas, retención urinaria y estreñimiento.</li> <li>* <u>Manifestaciones neuropsiquiátricas</u>: agitación, inquietud motora, cuadros confusionales, alteraciones de la memoria, disartria, alucinaciones, delirium y crisis epilépticas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Distonias musculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En un 5-10% de los pacientes. Son contracciones tónicas musculares involuntarias que afectan especialmente a la musculatura facial, ocular, faringo-laríngeo-buco-lingual, cuello y, en menor frecuencia, a la musculatura del tronco y las extremidades.</li> <li>- Inicio agudo durante las primeras 12-48 horas del inicio del tratamiento. Entre un 90-95% de los casos aparecen durante los cuatro primeros días de tratamiento.</li> <li>- La intensidad y gravedad de los síntomas es muy variable, aunque por lo general son muy desagradables por la importante ansiedad que generan, pudiendo llegar a ser dolorosas.</li> <li>- La administración concomitante de anticolinérgicos previene su aparición, especialmente en los pacientes jóvenes.</li> <li>- Una vez instaurada, la administración de anticolinérgicos por vía IM mejora de forma inmediata los síntomas. La administración de diazepam IV también es efectiva.</li> </ul>

Tabla 64: Efectos adversos de los neurolépticos (continuación).

<b>Efectos parkinsonianos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se caracteriza por la existencia de al menos dos de los siguientes síntomas: temblor, rigidez, sialorrea, acinesia y trastornos de la marcha (marcha festinante).</li> <li>- Aparece con mayor frecuencia con los antipsicóticos clásicos más potentes.</li> <li>- Responde bien al tratamiento con anticolinérgicos.</li> </ul>
<b>Acatisia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de inquietud motora, una sensación subjetiva de molestias musculares que lleva al paciente a la necesidad de moverse continuamente, siendo imposible controlarse voluntariamente.</li> <li>- Puede aparecer en cualquier momento del tratamiento con neurolépticos, es probablemente la manifestación más frecuente de los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos.</li> <li>- Su frecuencia y la severidad de los síntomas se relaciona con la dosis administrada.</li> </ul>
<b>Síndrome Neuroléptico Maligno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es una complicación potencialmente fatal y poco frecuente de los neurolépticos, con una incidencia que varía entre un 0,123% y un 3,23%.</li> <li>- Los síntomas clínicos principales del S.N.M. son la fiebre (igual o superior a 38°C), la rigidez muscular, diversas alteraciones en el nivel de conciencia (desde el sopor hasta cuadros de delirium), y alteraciones secundarias a una inestabilidad vegetativa (taquicardia sinusal, cambios en la presión arterial y diaforesis).</li> <li>- Suele desarrollarse en las primeras 24-72 horas y la rigidez suele aparecer antes que la fiebre y que los síntomas vegetativos.</li> <li>- Actualmente se considera que todos los datos de laboratorio del S.N.M. son inespecíficos y que el diagnóstico no debe recaer en estos parámetros.</li> </ul>
<b>Disminución del umbral convulsivo</b>	<p>En especial la clorpromacina, la loxapina y otros antipsicóticos poco potentes.</p>
<b>Discinesia tardía:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociado al uso prolongado de los neurolépticos, que se caracteriza por la aparición de movimientos anormales e involuntarios en los músculos de la cabeza, extremidades y del tronco. Los más frecuentes son los movimientos periorales.</li> <li>- Son movimientos de tipo coreico, repetitivos, estereotipados y generalmente no rítmicos.</li> </ul>

**Otros efectos adversos no neurológicos**

- Alteraciones cardiovasculares: hipotensión ortostática, alteraciones electrocardiográficas inespecíficas.
- Reacciones alérgicas, cutáneas y hematológicas (agranulocitosis).
- Alteraciones endocrinas: aumento del peso corporal, impotencia, una reducción de la libido, pérdida de eyaculación, ginecomastia con o sin galactorrea, amenorrea e irregularidades menstruales.
- Alteraciones oftalmológicas y aumento de peso.

UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

**Tratamiento neuroléptico depot**

En situaciones de largo tratamiento y en las dificultades para la toma de medicación que a menudo presentan los pacientes psicóticos, está indicado el tratamiento depot, que liberan lentamente tras su inyección, el principio activo, consiguiendo efectos sostenidos durante varias semanas. Los preparados disponibles en España son:

**Decanoato de flufenazina** (Modacate): Administración cada 2-4 semanas.

**Palmitato de pipotiicina** (Lonseren): Administración cada 4 semanas.

**Zuclopentixol** (Cisordinol y clopixol): Administración cada 2-4 semanas.

**Neurolépticos atípicos**

Los llamados Neurolépticos atípicos (clozapina, risperidona y olanzapina) se caracterizan por presentar una efectividad similar frente a los síntomas psicóticos positivos y por ser más efectivos en el tratamiento de la sintomatología psicótica negativa. Por otra parte, tienen una mejor tolerabilidad, con una menor incidencia o ausencia de los efectos secundarios tradicionales (extrapiramidalismos, ...). Sin embargo, algunos de los efectos secundarios que pueden presentar alguno de ellos requieren de una especial monitorización (como, por ejemplo, el riesgo de agranulocitosis con el tratamiento con clozapina).

**Tabla 65: Interacciones de los antipsicóticos.**

<b>Antiácidos:</b>	Disminuyen la absorción de los antipsicóticos.
<b>Anticolinérgicos:</b>	Disminuyen la absorción y favorecen la metabolización de los antipsicóticos en el intestino. Reducen los niveles plasmáticos, aumentan los efectos anticolinérgicos.
<b>Guanetidina:</b>	Las fenotiacinas anulan efectos antihipertensivos de la guanetidina.
<b>Barbitúricos:</b>	Bajan los niveles plasmáticos de las fenotiacinas por incrementar su metabolización hepática.
<b>Adrenalina:</b>	Hipotensión paradójica con la clorpromacina por sumación de sus efectos bloqueadores.
<b>L. Dopa:</b>	Efectos antagonísticos: incremento de la sintomatología parkinsoniana al estar bloqueados los receptores dopaminérgicos por los antipsicóticos
<b>Tabaco:</b>	Menores efectos de debilidad y cansancio en enfermos tratados con clorpromacina, por estimular la nicotina su metabolización.

Tabla 66: Contraindicaciones de los antipsicóticos.

Siempre relativas incluye:

- Embarazo
- Epilepsia
- Porfiria
- Parkinson
- Esclerosis Placas
- Otras (Consulta bibliográfica).

### 5.4. Antidepresivos

Desde que en la década de los cincuenta se introducen en la práctica clínica los primeros fármacos con un efecto antidepresivo hasta la actualidad se ha producido un importante avance en el tratamiento de la depresión. Con los primeros fármacos, descubiertos por casualidad, se sentaron las primeras bases de la terapia antidepresiva.

Como ya se ha comentado, el tratamiento farmacológico de la depresión es uno de los de mayor rentabilidad antidepresiva en la medicina. Para utilizarlos correctamente es necesario saber que:

1. La eficacia de un tratamiento farmacológico con antidepresivos usados en monoterapia se sitúa en torno al 65% de remisiones.
2. El inicio de la mejoría terapéutica raramente se produce antes de la 2ª-3ª semana de instaurada la dosis terapéutica.
3. Es imprescindible usar la dosis terapéutica adecuada del fármaco que se utilice y mantener el tratamiento el tiempo suficiente según la fase del tratamiento en la que nos encontremos.

### Clasificación de los antidepresivos

En función de los mecanismos de acción que ejercen de forma aguda, los antidepresivos existentes en la actualidad se pueden clasificar dentro de las siguientes categorías:

**UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS**

Tabla 67: Clasificación de los antidepresivos en función de sus mecanismos de acción (Pita, 1997).

Mecanismo de Acción	Fármacos (Principios activos)
Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa a) Reversibles, no selectivos b) Reversibles, no selectivos	Fenelzina, Tranicipromina Mocoblemida
Inhibidores no selectivos de la recaptación de 5-HT y NA (tríclicos y afines)	Amitriptilina, Amoxapina Clomipramina, Doxepina, Imipramina, Maprotilina
Inhibidores Selectivos de la recaptación de 5-HT (ISRSS)	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina
Innh. Selectivos de la recaptación de 5-HT y NA (SNRIs)	Venlafaxina
Inh. Selectivos de la recaptación de NA y DA (NDRIs)	Amineptino
Antagonistas 5-HT <sub>2</sub> e inhibidores de la recaptación de 5-HT (SARIs)	Trazodona y Nefazodona
Antagonistas de receptores noradrenérgicos $\alpha_2$ y antagonistas 5-HT <sub>2</sub> (NaSSAs)	Mianserina y Mirtazapina

UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

Tabla 68: Dosificación y actividad de los antidepresivos.

Fármaco	Di (mgr/d)	Dm (mgr/d)	Actividad				
			NA	5-HT	Da	anti-H	Ach
Amineptino	25-50	100-200			++		
Amitriptilina	50-75	100-200	++	+	+/-	+	++
Clorimipramina	25-50	75-200	+	++	+/-	+	+
Imipramina	25-50	100-250	+	+	+/-	+	+
Lofepramina	50-75	100-150	++		+/-	+	+/-
Maprotilina	25-50	100-200	++		+/-	+	+/-
Mianserina	20-30	60-120				+	
Fluoxetina	20	20-60		++			
Fluvoxamina	50-75	100-200		++			
Paroxetina	20	20-50		++			
Sertralina	50	100-200		++			
Citalopram	20	20-60		++			
Nefazodona	150	300-600		++			
Venlafaxina	75	75-375	++	++			
Mirtazapina	15	15-45	++	++		+	

**Di:** Dosis inicial    **Dm:** Dosis de mantenimiento  
**Actividad:** NA (Noradrenalina)    5-HT (Serotonina)    DA (Dopamina)  
**Anti-H** (antihistamínico)    **Ach** (Anticolinérgico)

UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

Tabla 69: Nuevos antidepresivos.

Familia	Fármaco	Di (mgr/d)	Dm (mgr/d)	Activid.	Nombres comerciales
ISRS	Citalopram	20	20-60	5-HT	Prisdal®, Seropram®
	Fluoxetina	20	20-60	5-HT	Adofén®, Prozac®, Reneurón®
	Fluvoxamina	50-100	100-200	5-HT	Dumirox®
	Paroxetina	20	20-50	5-HT	Serotax®, Frosinor®, Motiván®
	Sertralina	50	100-200	5-HT	Besitrán®, Aremis®
RIMA	Moclobemida	150	300-600	RIMA	Manerix®
MRS	Nefazodona	50	300-600	5-HT1, 5-HT2	Dutonín®, Rulivan®, Menfazona®
	Venlafaxina	37,5	75-150	NA y 5-HT	Dobupal®, Vandral®
NaSSa	Mirtazapina	15	15-45	NA y 5-HT	Rexer®

**Di:** Dosis inicial      **Dm:** Dosis de mantenimiento

**Actividad:** 5-HT (Serotonina)    NA (Noradrenalina)  
**RIMA** (Inhibidores reversibles de la MAO)

**Familias:** **ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina  
**RIMA:** Inhibidores Reversibles de la MAO  
**MRS:** Moduladores de los Receptores Serotoninérgicos  
**NaSSa:** Antidepresivo Noradrenérgico y Serotoninérgico Específico

**UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS**

**Tabla 70: Reacciones adversas de los antidepresivos en función a su perfil de acción (Pita,1997).**

Inhibición de la recaptación de Noradrenalina	Temblo, taquicardia, trastorno de la erección/eyaculación
Inhibición de la recaptación de Serotonina (5-HT)	Anorexia, náuseas, diarrea, ansiedad, inquietud, insomnio, disfunción sexual
Inhibición de la recaptación de Dopamina	Movimientos anormales involuntarios, delirium
Antagonismo muscarínico	Sequedad de boca, estreñimiento, taquicardia, midriasis, ciclopejía, retención urinaria, pseudodemencia
Antagonismo alfa 1-adrenérgico	Sedación, hipotensión ortotática
Antagonismo alfa 2-adrenérgico	Priapismo
Antagonismo Histamínico (H1)	Sedación, aumento del apetito y peso
Antagonismo 5-HT2	Hipotensión, aumento del peso y apetito

**Tabla 71: Contraindicaciones para el empleo de los antidepresivos heterocíclicos.**

Absolutas	Relativas
Infarto de miocardio reciente	Cardiopatías y trastornos del ritmo, Hipertrofia prostática, Glaucoma de ángulo agudo, Epilepsia, hepatopatías, nefropatías, Hipertensión arterial, Primer trimestre del embarazo, Diabetes, Estados toxicoconfusionales

**UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS**

**Tabla 72: Efectos secundarios más frecuentes de los I.S.R.S. (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina).**

1.- Náuseas	10.- Debilidad o fatiga
2.- Cefalea	11.- Sudoración
3.- Sedación	12.- Ansiedad o agitación
4.- Insomnio	13.- Visión borrosa
5.- Sequedad de boca	14.- Distinción sexual
6.- Estreñimiento	15.- Vómitos
7.- Diarrea	16.- Anorexia
8.- Temblor	17.- Alteración del gusto
9.- Mareos	18.- Alteración de la micción

**Elección del antidepresivo**

Aunque la eficacia de los distintos tipos de antidepresivos es estadísticamente equivalente, sin que se aprecien diferencias en el porcentaje de pacientes respondedores (Plta, 1997), existen importantes diferencias en lo que respecta al perfil de efectos secundarios que pueden originar. Los nuevos antidepresivos (desde la aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) han supuesto una importante mejora en la seguridad frente a las sobredosificaciones, la facilidad en el manejo y la tolerabilidad de los efectos secundarios con los nuevos antidepresivos. Estas características de los nuevos antidepresivos los sitúa como los fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión.

**Tabla 73: Características de los nuevos antidepresivos que facilitan su uso en Atención Primaria.**

- NO existen diferencias en su eficacia terapéutica.
- MAYORES FACILIDADES DE USO tanto a medio como a largo plazo:
  - menor riesgo de interacciones farmacológicas.
  - menor sumación de efectos con el alcohol y benzodiacepinas.
  - diferente perfil de efectos secundarios, generalmente mejor tolerados.
  - más seguros en los pacientes con patología orgánica concomitante (ancianos).
  - menos peligrosos en casos de intoxicaciones por sobredosis en las tentativas de suicidio.

**Duración del tratamiento**

Una vez establecida la dosis eficaz, el tratamiento con antidepresivos debe mantenerse un mínimo de 6 meses o la duración del episodio depresivo anterior si éste ha sido mayor.

Numerosos estudios indican que el tratamiento de mantenimiento con antidepresivos es efectivo en la reducción del número y de la severidad de las recurrencias en los cuadros depresivos. Los factores que aconsejan mantener un tratamiento de mantenimiento serían:

- existencia de episodios depresivos previos
- gravedad de los antecedentes depresivos
- antecedentes de tentativas de autolisis graves

**Tabla 74: ¿Por qué es necesario un tratamiento de mantenimiento?**

- La mayoría de los pacientes presentan episodios recurrentes a lo largo de su vida.
- El riesgo de sufrir futuros episodios aumenta con cada nuevo episodio.
- A medida que aumenta el número de episodios, éstos tienen mayor duración y el período asintomático interepisódico es menor.
- Para la mayoría de los pacientes la respuesta al tratamiento antidepresivo puede ser menor cuanto mayor sea el número de episodios.
- La calidad de vida disminuye con cada nuevo episodio.
- Los antidepresivos son eficaces para prevenir la mayoría de los episodios futuros y mantener un estado de eutimia.

(Greden, 1993)

- Se estima la existencia de hasta un 65% de recaídas sin tratamiento de mantenimiento.

**CARACTERÍSTICAS DEL USO DE ANTIDEPRESIVOS EN TERAPIA DE MANTENIMIENTO**

- Utilización de fármacos que hayan demostrado su eficacia en el tratamiento agudo de un episodio depresivo y en la profilaxis de nuevos episodios.
- Utilización de estos antidepresivos a dosis terapéuticas adecuadas.
- Seleccionar el fármaco con el mejor perfil de efectos secundarios y una buena tolerancia para evitar abandonos del tratamiento.
- Considerar la posología más cómoda posible (dosis clínica diaria).

La medicación se suele suspender progresivamente en una o dos semanas. Caso de aparecer recaídas la mayor probabilidad se encuentra a partir de la 4ª semana tras la retirada de la medicación, debiéndose considerar entonces nuevamente el mantenimiento prolongado del mismo tratamiento a las mismas dosis que consiguieron la mejoría.

**Tabla 75: ¿Qué significa respuesta en la Depresión Mayor? (Preskon, 1994).**

<b>Respuesta</b>	⇒	Reducción del 50% de la gravedad del síndrome depresivo, medida por una escala estándar (p. ej.: Escala de Hamilton para la Depresión).
<b>Remisión</b>	⇒	Reducción completa del síndrome depresivo, de forma que las puntuaciones del paciente se sitúan en la parte de no depresión según una escala estándar.

En cualquier tratamiento cabe esperar entre un 9% a un 40% de mala respuesta terapéutica. Antes de dictaminar este fracaso es importante recordar las causas que pueden ocasionar una mala respuesta y que son corregibles:

- 1) Duración del tratamiento antidepressivo: casi todos los antidepressivos tardan 2 ó 3 semanas en hacer efecto.
- 2) Cumplimiento de instrucciones por parte del enfermo y sus familiares: Si no lo toma por razones psicológicas o culturales será poco útil cambiar de fármaco. Si se debe a los efectos secundarios el cambio de medicamento puede ser útil.
- 3) Dosificación adecuada: Ésta es muy variable para cada persona y para cada antidepressivo. Parece claro que los niveles sanguíneos se correlacionan con el efecto, pero no hay reglas aplicables directamente a la clínica.

En general debemos recurrir al ajuste de dosis individual, con un aumento progresivo de la dosificación hasta la dosis máxima terapéutica si no se alcanzan los resultados deseable o hasta la aparición de efectos secundarios. Las dosis deben elevarse escalonadamente, dejando una ó 2 semanas para evaluar al efecto de cada nivel de dosificación. Es conveniente evitar la polimedición de inicio con varios antidepressivos, debiendo restringir esta situación a los casos resistentes y dentro de un tratamiento protocolizado.

Al igual que con otros fármacos, tener en cuenta las respuestas características de los ancianos, quienes acusarán más lo efectos secundarios.

**Tabla 76: Factores relacionados con la ausencia de cumplimentación en el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos (Preskorn, 1994).**

- Duración, complejidad y tolerancia del tratamiento.
- Falta de confianza en el médico.
- Falta de un seguimiento con apoyo.
- Dominio percibido de la enfermedad.
- Gravedad de la enfermedad.
- Dudas sobre la eficacia del tratamiento.
- Ausencia de apoyo social.
- Escasa educación.
- Alteraciones orgánicas concomitantes.
- Abuso concomitante de sustancias psicoactivas.

**Tabla 77: Motivos del abandono del tratamiento antidepresivo por parte del paciente.**

- Mala tolerancia de los efectos secundarios de la medicación.
- Miedos injustificados sobre la toma de un antidepresivo en tratamientos prolongados, miedo a la adicción, creencia de que ya no necesita el fármaco.
- Aversión al concepto de enfermedad crónica, expectativas poco realistas.
- Incomodidad en la administración de los fármacos, toma diaria, dosis única vs varias dosis.

**Tabla 78: Factores que ayudan al cumplimiento del tratamiento antidepresivo.**

- Buena relación médico-paciente.
- Educación del paciente sobre su enfermedad y el riesgo de recurrencias.
- Responsabilizar al enfermo de su tratamiento.
- Utilizar fármacos con un buen perfil de efectos secundarios.

Tabla 79: Factores a considerar en la elección de un antidepresivo.

- Buen perfil de **efectos secundarios**, especialmente importante es que el paciente sea capaz de tolerar efectos secundarios durante el largo período de tratamiento.
- Pautas de **dosificación**.
- **Vida Media**: los fármacos de vida media larga proporcionan protección frente a los síntomas que se presentan cuando se olvida una dosis y raramente producen efecto rebote o síndrome de retirada de fármaco cuando se interrumpe el tratamiento.
- **Coste** (tener en cuenta: coste del fármaco, eficacia clínica, efectos secundarios, costes de las recaídas por abandonos,...).
- Seguridad en caso de **sobredosis**.

### Indicaciones

Son fármacos de primera intención en los trastornos depresivos endógenos. Así mismo en todos los trastornos depresivos, aunque no se conozca bien su etiopatogenia (Endogeneidad-Reactividad):

- Depresión Endógena
- Melancolía Involutiva
- Equivalente depresiva (Síndrome ansioso-depresivo)
- Depresiones en esquizofrénicos
- Neurosis obsesivas
- Algunos estados fóbicos...

### 5.5. Benzodiazepinas

#### Consideraciones generales

Las benzodiazepinas se conocen como ansiolíticos o tranquilizantes menores. En general, las benzodiazepinas actúan como hipnóticos cuando se administran a dosis altas, como ansiolíticos cuando la dosis es moderada.

Cuando las benzodiazepinas se administran durante períodos breves (una o dos semanas) en dosis moderadas, generalmente no se observa tolerancia, dependencia o síndrome de abstinencia.

La manifestación del síndrome de abstinencia depende del tiempo durante el cual se ha recibido la medicación, la dosis, la velocidad a la cual se reduce gradualmente la dosis y la vida media del compuesto específico.

La aplicación clínica más importante de las benzodiazepinas en psiquiatría es el tratamiento de la ansiedad (tanto del trastorno idiopático de ansiedad generalizada como de la ansiedad asociada con vivencias específicas). La mayoría de los pacientes deben ser tratados durante períodos breves y determinados. Algunos, sin embargo, pueden presentar un trastorno que requiere el mantenimiento de la medicación.

La decisión de tratar la ansiedad con una benzodiazepina debe considerarse con cuidado. Es preciso descartar causas orgánicas de la ansiedad, como disfunción tiroidea, cafeinismo y fármacos. Al comienzo debe estimarse su probable duración, y la necesidad de continuarlo debe evaluarse, al menos, mensualmente. Cuando sea necesario interrumpir la medicación, es preciso disminuir las dosis lentamente (en un 25% por semana); de otra manera, probablemente, se produzca recurrencia de síntomas o efecto rebote.

Los niños y los ancianos son más susceptibles que los adultos jóvenes a los efectos colaterales de las benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas pueden administrarse para tratar otras enfermedades además de los trastornos de ansiedad.

En la práctica clínica, se hace imprescindible elegir entre las benzodiazepinas disponibles. Los fármacos difieren principalmente en su vida media. Otra diferencia reside en la rapidez del inicio del efecto ansiolítico y en la potencia.

La combinación más común es administrar benzodiazepinas como hipnóticos en casos tratados con otros fármacos por esquizofrenia o trastornos del estado de ánimo. La combinación de benzodiazepinas y de un antidepresivo está indicada en el tratamiento de personas deprimidas marcadamente ansiosas o de pacientes con trastornos por angustia. La combinación de benzodiazepinas con antidepresivos tricíclicos puede mejorar el cumplimiento reduciendo los efectos adversos subjetivos y provocando una inmediata disminución de la ansiedad y el insomnio.

### Efectos secundarios

El efecto adverso más común de las benzodiazepinas es la somnolencia, y ocurre en, aproximadamente, el 10% de los casos. Mientras se recibe medicación es aconsejable evitar conducir vehículos o máquinas peligrosas (aunque la práctica clínica nos dice que en personas con niveles de ansiedad importantes y en tratamientos prolongados la capacidad para realizar este tipo de actividades realmente no aparece disminuida). Los efectos adversos de la benzodiazepinas se presentan cuando, al mismo tiempo, se ingieren otras sustancias sedantes, como el alcohol, que está absolutamente contraindicada su asociación. Las combinaciones de benzodiazepinas entre si o con otros fármacos sedantes pueden producir somnolencia marcada desinhibición e incluso depresión respiratoria.

Otros efectos adversos, relativamente raros, son: debilidad, náuseas, vómitos, visión borrosa, molestias epigástricas, déficits cognitivos (amnesia anterógrada), efectos paradójicos, reacciones alérgicas Erupción macular y prurito generalizado).

Las benzodiazepinas pueden producir deficiencias respiratorias clínicamente significativas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o apnea del sueño.

Deben administrarse con precaución cuando existen antecedentes de abuso de drogas, enfermedad renal o hepática, porfiria, depresión del SNC o miastenia grave.

### Interacciones medicamentosas

- La cimetidina (TagametR), el disulfiram (AntabusR), la isoniazida (RimifonR, CemidonR 150) y los estrógenos aumentan los niveles plasmáticos de las 2-ceto-benzodiazepinas.
- Los antiácidos y los alimentos pueden disminuir la absorción de las benzodiazepinas y el tabaco puede incrementar su metabolismo.
- Las benzodiazepinas pueden aumentar los niveles plasmáticos de difenilhidantoína y digoxina..
- La ataxia y la disartria ocurren cuando se caminan dosis relativamente altas de Litio, antipsicóticos y clonazepam.

### Abuso y dependencia

Algunas personas se drogan con dosis únicas de benzodiazepinas. Los pacientes a los cuales se les ha prescrito benzodiazepinas pueden presentar dependencia física y psíquica e insistir en tomarlas contra el consejo del médico. El síndrome de abstinencia existe, aunque es mucho menos frecuente que el producido por otros fármacos de esta clase (barbitúricos y carbamatos).

**Sobredosis**

La sobredosis de benzodiazepinas tiene un pronóstico previsiblemente favorable, a menos que se hayan ingerido también otras sustancias como alcohol, antipsicóticos y antidepresivos. La clínica que producen es de depresión respiratoria, coma, convulsiones y muerte. El abordaje de este tipo de situaciones se debe realizar a nivel hospitalario, existiendo un antagonista de las benzodiazepinas, el FLUMAZENIL (AnaxateR) que realiza una inhibición competitiva sobre los efectos ejercidos sobre el SNC por las sustancias que actúan a través de los receptores benzodiazepínicos.

**Uso prolongado de Benzodiazepinas**

La patología de los trastornos de ansiedad viene generando desde hace años uno de los problemas que más preocupa a los profesionales de la Atención Primaria: el "enganche" de determinados pacientes al consumo no abusivo pero sí prolongado de este tipo de fármacos.

Hemos de tener siempre en mente que algunas situaciones clínicas vienen potenciadas por situaciones vivenciales anómalas de difícil resolución desde la perspectiva médica-psicológica y que se benefician, no obstante, de pequeñas cantidades de benzodiazepinas.

El abordaje y manejo de las mismas hace aconsejable que la prescripción de benzodiazepinas se realice siempre bajo criterios restrictivos, informando al usuario del "peligro" que corren por tratarse de medicaciones que pueden generar tolerancia y dependencia.

En caso de tomar la decisión de iniciar una reducción el tratamiento ésta deberá realizarse sin prisas y de forma escalonada, siendo útil para estos casos manejar fármacos cuya presentación comercial esté en forma de comprimidos.

**Por ejemplo:**

Cloracepato	1	1	1
Dipotásico	1	1/2	1
	1/2	1/2	1
	1/2	0	1
	1/2	0	1/2
	0	0	1/2
	0	0	0

### **Benzodiazepinas en ancianos**

Los ancianos son propensos especialmente a los efectos secundarios de BZP:

- a) Por deficiencias en la biotransformación hepática que provoca acumulación.
- b) Alta sensibilidad a la acción farmacológica y con dosis bajas presentan los efectos beneficiosos y los perjudiciales.

Regla para tratamiento de pacientes geriátricos con BZP:

- 1) Seleccionar una BZP que no sufra biotransformación hepática y que no se acumulen.
- 2) Ajustar progresivamente la dosis. Se postula, en general que la dosis en ancianos debe ser la mitad que la de adultos jóvenes.

### **Benzodiazepinas como hipnóticos**

Las características interesantes de un hipnótico son:

- a) Velocidad de absorción muy rápida: esta característica es imprescindible para que alcance con rapidez, concentraciones terapéuticas en el tejido cerebral.
- b) Tiempo de acción corto (4-6 horas): la duración de acción se ajusta al periodo natural del sueño: Ni demasiado corta ( 2-3- horas), ni demasiado larga (> 8 horas). Esto se relaciona con la vida media de eliminación.

Los criterios para seleccionar un hipnótico podrían referirse a los tipos de insomnio que presente el paciente. Aunque la gama de hipnóticos con la que actualmente contamos en la práctica cubren las características referidas al principio. Hay un grupo (fluracepan, nitracepan y quiacepan) que producen somnolencia y sedación como efectos secundarios principales y que se pueden utilizar cuando estos efectos residuales sean beneficiosos.

Un principio básico es evitar tratamientos continuados o muy largo con hipnóticos, pues éste régimen lleva casi inevitablemente a la acumulación de metabolitos activos. La verdadera acción hipnótica se produce cuando estos fármacos se utilizan en cortos períodos y de forma esporádica.

Los nuevos preparados hipnóticos, zopiclona, zolpiden, son diferentes farmacológicamente a las benzodiazepinas pero aun carecemos de información y experiencia sobre su uso.

UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

Tabla 80: Clasificación de las benzodiacepinas.

Principio activo	Acción			Vida 1/2 (horas)	Rango mgr/día	Metabolitos activos	Velocidad de Absorción oral
	larga	media	corta				
Alprazolam		x		6-16	1-4	NO	Muy rápida
Bentacepan			x	2-4,5	75-150		
Bromacepan		x		8-19	1,5-12	SI	Muy rápida
Brotizolan*			x	5-7	0,25-0,50	NO	Muy rápida
Clobazan		x		15-30	10-60		
Cloracepato	x			50-100	5-100		Rápida
Clotiazepan			x	4-8	5-15	NO	Muy rápida
Diazepan	x			20-96	5-50		Muy rápida
Flunitracepan*	x			15-20	2-4		Muy rápida
Fluracepan*	x			47-100	15-45		Muy rápida
Halacepan	x			14-76	80-160		Lenta
Ketazolan	x			52	15-60		
Loracepan			x	10-20	1-5	NO	Lenta
Lormetacepan*			x	8-12	1-2		Muy rápida
Lorprazolán*			x	8-12	1-2		Muy rápida
Nitratepan*		x		15-38	5-10	NO	Rápida
Oxacepan			x	3-20	15-120	NO	Lenta
Pinacepan		x		18-40	2,5-30		Muy rápida
Triazolán*			x	5-10	0,25-1	NO	Muy rápida

\* Comercializados como hipnóticos

\*\* Estas dosis sirven de referencia para adultos jóvenes. Las dosis como siempre serán individualizadas según cada paciente (su clínica, edad, estado somático...) y según tolerancia y respuesta clínica.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

**6. BIBLIOGRAFÍA**

- APARICIO, D. y cols (1992). *Monografías clínicas en Atención Primaria. Salud Mental*. Ed. Doyma. Barcelona.
- BARCIA, D.: *Psicosis de fundamento corporal*. En: LÓPEZ-IBOR ALIÑO J.J., BARCIA SALORIO D., RUÍZ OGARA C.: *Psiquiatría*. Tomo II. Ed. Toray, S.A. Barcelona, 1981, pp.: 1021-1029.
- BARCIA, D. y cols: *Demencias*. Monografías de psiquiatría, 1990, 3.
- BARLOW, DH. y GRASKE, M. (1993). *Domine la Ansiedad y el Pánico*. V.E. Julio Martín García-Sancho. Murcia.
- BERNARD, P. (1977). *Manual del A.T.S. psiquiátrico*. Toray-Masson.
- BERNARDO, M. y CUBI, R. (1989). *Detección de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria*. Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática.
- BORRELL CARRIÓ, M.: *Manual de entrevista clínica*. Barcelona. Edit. doyma. 1989
- BULBENA VILARRASA. "Propedéutica Psiquiátrica. Psicopatología básica", en *Medicine Serie Blanca*, 1982.
- CABRERA BANET, R. y cols (1993). *Toxicología de los psicofármacos*. Distribución Lab. Beecham, S.A.
- CARRASCO, JL., AYUSO, JL. y PROUS, JR. (1993). *Guía práctica de trastornos depresivos en la Asistencia Primaria*. Barcelona.
- CIE-10 *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Edit. Meditor. 1992.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (1988). *Documento de bases para la reforma de la atención a la Salud Mental*. Murcia.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES. (1992). *Plan Regional de Salud Mental*. Murcia.
- CHINCHILLA, A. *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Masson, SA. Barcelona, 1995.
- DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A. Barcelona 1988.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. De. Mosson. 1995.
- FEIGNER, JP, BOYER, WF. (1991) *Tratamiento a largo plazo de la depresión*. Ed. Wiley, Chichester.
- GAYRAL, L. y BARCIA, D.: *Semiología clínica psiquiátrica*. Editorial Libro del Año, S.L. Grupo Arán. Madrid, 1991.
- GOLDMAN, LS.: *Delirio*. En FLAHERTY, A., CHANNON RA., DAVIS A.: *PSIQUIATRÍA. Diagnóstico y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana S.A: Buenos Aires, 1991, pp 174-181.

**BIBLIOGRAFÍA**

- GRAU, A.: *Trastornos exógenos u orgánicos*. En: VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., Barcelona, 199, pp 559-583.
- HYMAN, SE.: *Delirium y enfermedad neurológica que se asemeja a trastornos psiquiátricos*. En: *Manual de urgencias psiquiátricas*. Ed Salvat, 20 ed., Barcelona 1990, pp. 191-230.
- KAPLAN, HI. y SADCK, BJ. (1990). *Psiquiatría clínica*. Colección Manuales Médicos. De. Médica Hispano-Americana.
- KIELHOLZ, P. (1985). *El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos*. Ed. Herder. Berna.
- LIPTZIN, B., LEVKOFF, SE.: *An empirical study of Delirium Subtypes*. British Journal of Psychiatry, 1992; 161: 843-845.
- MARTÍNEZ, M. et al: *Guía de Salud Mental para Atención Primaria*. Cuadernos Asturianos de Salud. Edit. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Gijón. 1997.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1987). *Guía Farmacológica para la Atención Primaria*.
- MONTGOMERY, S.A. (1993). *Depresión y ansiedad*. The International Monitor, Vol. I, nº 3.
- MORENO, P et al: *Manual de Protocolos en Salud Mental para Atención Primaria*. 1994.
- Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria*. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.
- PRESKORN, S.H.: *Tratamiento ambulatorio de la depresión*. Professional Communications, Inc. 1994, p: 131-134.
- SAIZ, J. (1993). *La ansiedad*. Ed. Emeka.
- SULLIVAN, H. : *La entrevista psiquiátrica*. Edit. Psique. Buenos Aires. 1985.
- TALBOTT, HALES y YUDOFKY (1989). *Tratado de Psiquiatría*. Ancara, S.A.
- TURÓN V. *Trastornos de la Alimentación*. Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Grupo Aula Médica, S.A. Madrid 1998.
- TYRER, P. (1992). *Clasificación de las neurosis*. Díez de Santos, S.A. Madrid
- VALLEJO, J., BALBUENA, A., GONZÁLEZ, A. (1989). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Ed Salvat.
- VALLEJO, J. (1986). *Estados Obsesivos*. Ed. Salvat, Barcelona.
- VALLEJO, J. (1993). *Árboles de decisión en psiquiatría*. Ed. Jims.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad  
y Consumo

servicio  
murciano  
de salud



**INSALUD**