

# AAU

AMERICAN ANDRAGOGY  
UNIVERSITY



# Psiquiatría





## 1. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento

- Comenzamos la asignatura de Psiquiatría presentando las dos clasificaciones descriptivas y multiaxiales existentes:
  - CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (Organización Mundial de la Salud).
  - DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, Texto Revisado (Asociación Americana de Psiquiatría).

CIE-10	DSM-IV
3 ejes	5 ejes
Eje I: diagnósticos clínicos (psiquiátricos y somáticos)	Eje I: trastorno psiquiátrico clínico Eje II: trastorno de la personalidad y retraso mental Eje III: enfermedades somáticas
Eje II: discapacidad	Eje V: evaluación de la actividad global
Eje III: acontecimientos vitales	Eje IV: problemas psicosociales y ambientales

## 2. Psicosis vs Neurosis (3MIR)

### 2.1. Psicosis

- Trastornos mentales que cursan con **JUICIO DE REALIDAD ALTERADA** (MIR): el paciente no distingue lo real de lo imaginario.
- Delirios, alucinaciones, lenguaje y/o comportamiento desorganizados.
- Deterioro grave del funcionamiento personal y social.
- Enfermedades: esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno por ideas delirantes, trastorno esquizoafectivo, trastornos psicóticos agudos y transitorios, depresiones mayores con síntomas psicóticos, manía con síntomas psicóticos.
- Los síntomas psicóticos pueden aparecer en otros grupos de enfermedades (trastornos afectivos, consumo de tóxicos, enfermedades neurológicas...).

### 2.2. Neurosis

**JUICIO DE REALIDAD CONSERVADO:** la diferencia fundamental entre neurosis y psicosis es el juicio de realidad (MIR).

- Trastornos crónicos o recurrentes caracterizados por **ansiedad** que se puede manifestar como: síntomas somáticos, obsesiones, compulsiones, fobias o disfunciones sexuales.
- No ideas delirantes ni alucinaciones (MIR).
- No deterioro tan grave del funcionamiento personal y social como psicosis.
- No se puede demostrar etiología orgánica.
- Tipos: crisis de angustia, trastorno por angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno por estrés posttraumático, trastornos somatomorfos y trastornos disociativos (MIR).

MIR 00 (6724): **NO** es causa de delirio:

- Una intoxicación.
- Un síndrome de abstinencia.
- Un proceso tumoral.
- Una infección cerebral.
- Un trastorno de ansiedad.\*

MIR 13 (10221): Todas las siguientes son complicaciones habituales del trastorno de ansiedad generalizada no tratado **EXCEPTO:**

- Consumo de alcohol y abuso de drogas.
- Trastornos psicosomáticos.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos psicóticos.\***
- Conductas suicidas.

## 3. Epidemiología

**PREVALENCIA** a lo largo de la vida en población general:

- Esquizofrenia: 1% (3MIR)**
  - Psicosis: 3,5%**
  - Trastorno Afectivo Bipolar (TAB): 1%**
  - Trastornos de ansiedad: 4-8%
    - Sobre todo mujeres jóvenes
    - Trastorno psiquiátrico más frecuente
    - Disminuye con la edad
  - Depresión mayor: 3-6% en varones y 5-10% en mujeres (síntomatología depresiva inespecífica: 9 al 20%).
  - El suicidio aumenta con la edad (MIR).
- Por sexo, los trastornos más frecuentes son (MIR):
- Varones: depresión y alcoholismo.
  - Mujeres: ansiedad y depresión.



ESQUIZOFRENIA:  
Prevalencia 1%

MIR 00 (6729) Según la mayoría de los estudios epidemiológicos, la prevalencia de la esquizofrenia en la población general en todas las culturas es de:

- 1 por 100000 habitantes
- 1 por 100 habitantes\***
- Hay variabilidad dependiendo de factores climáticos
- 5 por 100000 habitantes
- Hay variabilidad dependiendo de la clase social

MIR 05 (8176): Los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia se diagnostican en Atención Primaria son:

- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.\***
- Alcoholismo.
- Psicosis.
- Demencia

## 4. Semiología

### 4.1. Alteraciones de la percepción

**PERCEPCIONES:** Actividades sensoriales que nos informan de la REALIDAD. Si no es real, se tratará de una ALTERACIÓN de la percepción:

- PERCEPCIÓN CON OBJETO EXTERNO REAL:**
  - Ilusión; percepción distorsionada.
  - Sinestesia: una sensación provoca otra sensación ("una melodía musical hace ver").
  - Pareidolia: un estímulo inespecífico es percibido como algo conocido ("reconocer una forma concreta en una nube").

• **PERCEPCIONES SIN OBJETO EXTERNO REAL:**

- **ALUCINACIÓN (MIR):** percepción sensorial falsa. Típicamente auditiva en la esquizofrenia ("oír voces persecutorias").
- **PSEUDOALUCINACIÓN:** alucinación (quien la padece cree que es real) en mundo interno ("oír voces dentro de la cabeza").

- **ALUCINOSIS:** con conciencia de irrealidad. Típica del alcohólico: "Ayúdame, alucino: oigo y veo bichos".

	ALUCINACIÓN	PSEUDOALUCINACIÓN	ALUCINOSIS
Localización	EXTERIOR	INTERIOR	EXTERIOR
¿Cree que es real?	SÍ	SÍ	NO
Trastorno	-Auditivas: ESQUIZOFRENIA -Visuales: SÍNDROME CONFUSIONAL, DELIRIUM TREMENS	ESQUIZOFRENIA	Alcoholismo, organicidad, drogas (MIR)

## 4.2. Alteraciones del pensamiento

### ALTERACIONES DEL CONTENIDO

- **IDEAS SOBREALORADAS:** Ideas muy cargadas afectivamente que rigen gran parte de la vida del sujeto (p.ej. fanatismo)
- **IDEAS OBSESIVAS (MIR):** Ideas intrusas y repetitivas, generan ansiedad y a las que oponemos resistencia y con rituales (en el TOC).
- **IDEAS DELIRANTES**
  - **Idea delirante primaria:** es el delirio esquizofrénico. Creencia errónea, pobremente estructurada, irreductible. Invade la personalidad y supone una ruptura biográfica (cambio de personalidad) (MIR).
  - **Idea delirante secundaria o deliroide:** creencia falsa que aparece sobre personalidad previa susceptible (no hay ruptura biográfica) como consecuencia de conmoción afectiva. Carácter interpretativo (MIR). Bien sistematizado (MIR). No es vivido como impuesto. Típico del trastorno por ideas delirantes (paranoia).
- **Delirio de los trastornos orgánicos (MIR):** típico del delirium o episodio confusional agudo (es lo mismo). El delirio se caracteriza por ser desestructurado, fluctuante en el tiempo, oscilar entre contenido pobre y rico (onírico), y entremezclarse con alucinaciones.
- **ALOGIA (MIR):** Empobrecimiento del pensamiento, que se caracteriza por contenido vacío y curso poco fluido. Es síntoma negativo de la esquizofrenia.

- **PARALOGIA (MIR):** falso razonamiento, no se trata de un síntoma deficitario, sino de uno productivo (por tanto, positivo).



Delirio celotípico (idea delirante secundaria)

### ALTERACIONES DE LA FORMA (RITMO, CONTINUIDAD, PRODUCTIVIDAD Y POSESION) (MIR)

Alteraciones del RITMO	TAQUIPSIQUIA	Aceleración del pensamiento. Manía.
	BRADIPSIQUIA	Enlentecimiento del pensamiento. Depresión.
	BLOQUEO	Parada del pensamiento. Esquizofrenia.
Alteraciones de la CONTINUIDAD	FUGA DE IDEAS	Taquipsiquia + pérdida de idea directriz (falta de sentido global pero comprensibilidad parcial) + asociación de ideas casual (rimas) + distraibilidad (influencia externa) + aceleración del ritmo de la expresión verbal. Manía.
	PENSAMIENTO DISGREGADO	<u>Pérdida de idea directriz</u> (falta de sentido global pero comprensibilidad parcial) + <u>ruptura de las asociaciones normales</u> (sorprendentes, unilaterales, incomprensibles) Esquizofrenia. (MIR 2014)
	PENSAMIENTO INCOHERENTE	Pérdida de la idea directriz y sin conexión significativa lógica entre las palabras: total incomprensibilidad (ensalada de palabras). Psicosis exógenas.
Alteraciones de la PRODUCTIVIDAD	PROLJO	Pérdida de la capacidad para diferenciar entre lo esencial y lo accesorio (muchas explicaciones triviales). Obsesivos, epilépticos.
	Perseverante (circular) En: esquizofrenia, demencia, OH	Incapacidad para cambiar de un tema a otro, repitiendo siempre el mismo pensamiento.
Alteraciones de la posesión	Robo, inserción, difusión y eco	Esquizofrenia.



**MIR 07 (8696):** Uno de los siguientes síntomas característicos del síndrome esquizofrénico **NO** puede considerarse un síntoma negativo:

1. Anhedonia.
2. Alogia.
3. Frialidad emocional.
4. Paralogia.\*
5. Abulia.

**MIR 14 (10390):** En el transcurso de la entrevista de un paciente, usted cae en la cuenta de que no está entendiendo lo que el paciente le dice. Decide centrar su atención en el discurso y se da cuenta de que éste no tiene una idea directriz a pesar de que fragmentos concretos del mismo resultan comprensibles. Esta alteración del lenguaje-pensamiento, típica por otro lado de la esquizofrenia, es lo que en psicopatología se conoce como:

1. Disociación del pensamiento.
2. Fuga de ideas.
3. Lenguaje perseverante.
4. Desorganización del pensamiento.\*
5. Bloqueo del pensamiento.

### 4.3. Alteraciones del nivel de conciencia

(Tema de Neurología). Un paciente con disminución del nivel de conciencia que responde solo a estímulos vigorosos se dice que está estuporoso. Si responde a estímulos más leves decimos que está obnubilado o somnoliento. Si no despierta ante ningún estímulo estará en coma. Hay situaciones en algunas patologías psiquiátricas que pueden simular el estupor de las afectaciones neurológicas, como en la depresión melancólica. Puede haber una menor reactividad a estímulos en la catatonía que acompaña a algunos trastornos psicóticos o afectivos.

**MIR 13 (10223):** ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA respecto al estupor?

1. Es una alteración de la conciencia.
2. Puede darse en la melancolía.
3. Supone un estado reversible por estímulos moderados.\*
4. Se utiliza el término en estados de mutismo y reducción de la actividad motora.
5. En Neurología es un estado que precede al coma.

## 5. Psicoanálisis

### 5.1. Fundamentos

Algunos principios del pensamiento de Freud siguen siendo fundamentales en psiquiatría: las nociones de determinismo psíquico, el inconsciente o la experiencia infantil en la estructuración de la personalidad. Fenómenos básicos del psicoanálisis:

Asociación libre: verbalizar lo que viene a la mente.

Resistencia: incapacidad para asociar libremente.

Transferencia: el paciente desplaza sentimientos y deseos relacionados con figuras del pasado al terapeuta.

Contratransferencia: lo que el paciente hace sentir al terapeuta.

Etapas del desarrollo libidinal infantil:

Oral - Anal - Fálico-edípica - Latencia.



## 5.2. Mecanismos de defensa

Se trata de actividades inconscientes del Yo para eliminar la ansiedad generada por ciertos pensamientos o deseos. Se agrupan en 4 tipos dependiendo de su grado de madurez:

Defensas narcisistas (más primitivas; en niños y en pacientes psicóticos):

- **Distorsión:** alteración de la realidad externa para cumplir las necesidades o deseos internos.
- **NEGACIÓN:** rechazo inconsciente a aceptar o reconocer la realidad externa.
- **PROYECCIÓN:** atribuir a otro los pensamientos, motivaciones y sentimientos inaceptables que son propios de uno mismo.

Defensas inmaduras (en adolescentes y en algunos pacientes no psicóticos):

- **Regresión:** vuelta a un estadio madurativamente previo de funcionamiento emocional.
- **Introyección:** la transposición de objetos externos y sus cualidades en el Yo. Lo contrario a la proyección.
- **Otros:** acting out, bloqueo, hipocondría, introyección, somatización, comportamiento pasivo-agresivo, fantasía, aislamiento.

Defensas neuróticas (en adultos bajo estrés, en pacientes obsesivos, histeria, fobias, ...):

- **REPRESIÓN:** el mecanismo de defensa más básico y el más comúnmente utilizado. Las ideas, impulsos o sentimientos inaceptables para el sujeto son automáticamente expulsados del consciente y desterrados al inconsciente. En: histeria (MIR).
- **DESPLAZAMIENTO:** transferencia de las ideas y emociones asociadas a un objeto a otro "sustituto" más aceptable. Típico de los neuróticos fóbicos (MIR).
- **RACIONALIZACIÓN:** justificación racional, lógica o aceptable de ideas, sentimientos o conductas inaceptables.
- **CONVERSIÓN:** transformación de una carga emocional en un síntoma somático.
- **Formación reactiva:** el comportamiento o la actitud es dirigido de tal forma que se opone completamente a los impulsos inaceptables subyacentes del sujeto.
- **Aislamiento:** separación de una idea de su afecto original asociado.
- **Otros:** disociación, inhibición, externalización, intelectualización.

Defensas maduras

- **SUBLIMACIÓN:** los instintos y motivaciones socialmente inaceptables son desviados a actividades socialmente apropiadas.
- **SUPRESIÓN:** eliminación consciente o semiconsciente de impulsos inaceptables o conflictos del consciente.
- **Otros:** altruismo, anticipación, ascetismo, humor, ironía.

**MIR 02 (7392):** Atendemos a un paciente tremendamente pesado, siempre con quejas diferentes y del que además tenemos la sensación de que no sigue en absoluto nuestras recomendaciones. Los sentimientos subjetivos que el paciente despierta en nosotros se conocen como:

1. Desconfianza.
2. Transferencia.
3. Contratransferencia.\*
4. Discurso.
5. Mundo interno.

## 6. Miscelánea

### 6.1. Criterios de derivación a psiquiatría

El sistema de atención sanitaria actual requiere que el médico de atención primaria asuma la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento inicial de los trastornos mentales más frecuentes: ansiedad o depresión leve. Se derivará al especialista en:

- Trastornos mentales graves: trastornos psicóticos, toxicomanías, patología dual (trastorno mental + toxicomanía).
- Gravedad o atipicidad del cuadro clínico.
- Evolución crónica o mala respuesta al tratamiento.



- Riesgo suicida u homicida.
- Marcados y graves antecedentes personales o familiares.
- Tratamientos especiales.
- Ausencia de soporte familiar y/o social.

**MIR 05 (8174):** Uno de los siguientes trastornos **NO** implica obligatoriamente la derivación desde Atención Primaria al Servicio de Salud Mental para tratamiento especializado:

1. Varón de 25 años con trastorno de pánico y agorafobia de 6 años de evolución.
2. Mujer de 30 años con cuadro psicótico secundario a consumo de cocaína.
3. Varón de 59 años con ideas delirantes de celos de 10 años de evolución.
4. Varón de 27 años que presenta intento de suicido tras ruptura sentimental.
5. Mujer de 48 años con trastorno adaptativo tipo depresivo, secundario a conflictividad laboral.\*

## 6.2. Criterios de hospitalización

Incluso en contra de la voluntad del paciente (internamiento involuntario con autorización judicial) se ingresarán los pacientes graves en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales (MIR):

- Peligrosidad para otros o para sí.
- Incapacidad de cuidar de sí mismo.
- Necesidad de tratamiento especial.

## 7. Normas generales

ETIOPATOGENIA:

Modelo BIO-PSICO-SOCIAL/AMBIENTAL o de ESTRÉS-DIÁTESIS:

- Factores biológicos que confieren predisposición o vulnerabilidad específica para padecer un trastorno mental: **DIÁTESIS**.
- Factores psicosociales y ambientales que actúan como desencadenantes o precipitantes sobre esa vulnerabilidad biológica del sujeto, dando lugar a la aparición del trastorno mental: **ESTRÉS**.

CLÍNICA: en el DSM-IV, que es la guía que usamos para el diagnóstico siempre veremos estos 2 criterios diagnósticos:

- Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o disfunción socio-laboral.
- No se debe a drogas, fármacos u otras enfermedades.

CURSO:

HABITUALMENTE CRÓNICO.

Normalmente se alternan períodos de enfermedad activa (episodios o brotes) con períodos de remisión más o menos completa.

TRATAMIENTO:

- Psicofarmacológico.
- Si aparece en la pregunta: psicofarmacológico + psicoterapia.
- En casi todos los trastornos se pueden diferenciar estos dos tipos de tratamiento psicofarmacológico:
  - Agudo
  - Mantenimiento

TRATAMIENTO	AGUDO	MANTENIMIENTO
OBJETIVO	REMISIÓN: desaparición de los síntomas y vuelta al funcionamiento premórbido.	Preventivo: EVITAR RECIDIVAS (nuevos episodios de la enfermedad).
DURACIÓN	1 año (puede ser 6 meses en depresiones y trastornos de ansiedad leves).	Desde 5 años a de por vida.
CUÁNDO	Primer episodio de la enfermedad.	Más de 2 episodios previos, historia familiar importante, intentos graves de suicidio previos.



# 1. Ansiolíticos

## 1.1. BZD: Benzodiazepinas (4MIR)

Suelen clasificarse en función de su ACCIÓN y en de su VIDA MEDIA de eliminación ( $t_{1/2}$ ).

ACCIÓN	$t_{1/2}$ larga (>20 h)	$t_{1/2}$ intermedia (6-20 h)	$t_{1/2}$ corta (<6 h)
ANSIOLÍTICAS	Diazepam Clorazepam Clordiazepóxido	Lorazepam Alprazolam Bromazepam Ketazolam Oxazepam Temazepam	
HIPNÓTICAS	Flurazepam Nitrazepam Quazepam	Lormetazepam Flunitrazepam Loprazolam	Midazolam Brotizolam Triazolam Zaleplón* Zolpidem* Zopiclona*

\*: fármacos hipnóticos NO benzodiazepínicos que se unen al receptor de BZD.

## 1.2. Farmacodinamia de BZD

- Moduladores alostéricos positivos de la neurotransmisión inhibitoria del GABA (principal neurotransmisor inhibitorio del SNC) en los receptores GABAA.
  - Se fijan al receptor de BZD y potencian la capacidad del GABA de aumentar la conductancia del Cl<sup>-</sup> a través de su canal, una vez que éste se ha fijado a su receptor GABAA.
- 5 ACCIONES: ansiolisis, sedación, inducción de sueño, anticonvulsivante y miorelajante.

## 1.3. Farmacocinética de BZD

### ABSORCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

- Oral: se absorben inalteradamente en el tubo digestivo
  - Mayor rapidez de absorción e inicio de acción: diazepam, alprazolam, lorazepam.
- La absorción IM es errática.
- Algunas son eficaces IV.
- Atravesan la barrera hematoencefálica y se acumulan en cerebro y tejido graso.

### METABOLISMO

La mayoría por el CYP450 3A4.

- Dos vías metabólicas:
  - Procesos oxidativos (hidroxilación, desmetilación, desalquilación) que dan lugar a metabolitos activos.
  - Procesos de glucuroconjugación sin metabolitos activos: indicados en ancianos, insuficiencia hepática o renal.
- Interacciones farmacológicas:
  - Eritromicina, ketoconazol o antidepresivos ISRS son inhibidores del CYP450 3A4 y aumentan la concentración de las BZD.
  - Las BZD aumentan las concentraciones de fenitoína y digoxina.

## 1.4. Indicaciones de BZD

- **TRATAMIENTO AGUDO DE LA ANSIEDAD (2MIR)**  
De forma AGUDA (< 3 meses, incluyendo 1 mes de retirada), aunque en la práctica muchas veces crónicamente.
  - Reacción a estrés agudo.
  - Crisis de angustia.
  - Trastorno adaptativo ansioso.
  - Ansiedad secundaria.
- Trastornos disociativos o de conversión
- Coadyuvante al inicio del tratamiento con antidepresivos en ansiedad o depresión.
- **TRATAMIENTO AGUDO DEL INSOMNIO (2 meses, incluyendo 1 mes de retirada).**
  - Mayor eficiencia del sueño: aumento del tiempo de sueño, disminución del número de despertares y de la vigilia nocturna.

- Aumento de la fase II o sueño superficial y disminución del sueño delta y REM.
- **DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS**
  - **CONTROL Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y DELIRIUM TREMENS:** diazepam o clorazepam (oral, IM o IV).
- Tratamiento de la acatisia secundaria a antipsicóticos (inquieta motora, es un efecto adverso extrapiramidal de muchos antipsicóticos).
- **AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.**
- Clonazepam: empleado en Trastorno Bipolar.

**Precaución:** en ancianos empezar el tratamiento con dosis bajas y aumentar lentamente. Pueden provocar confusión y caídas.

## 1.5. Efectos adversos de BZD

Seguros y bien tolerados pero ¡CUIDADO al mezclarlos con otros fármacos depresores o alcohol!

Efectos adversos:

- **SOMNOLENCIA, SEDACIÓN.**
- Alteraciones de la marcha, ataxia, caídas.
- Confusión.
- Agitación paradójica.
- Alteraciones cognitivas: disminución de atención, amnesia anterógrada (especialmente si elevada potencia: alprazolam, triazolam, lorazepam).
- **DEPENDENCIA FÍSICA Y PSÍQUICA (MIR):** mayor si elevada potencia.
  - **Abstinencia si se retira bruscamente:**
    - Exacerbación o reaparición de la ansiedad o insomnio inicial, cefaleas, irritabilidad, temblor, sudación, mareo, espasmos musculares.
    - Síntomas de abstinencia verdadera: náuseas, pérdida de apetito, despersonalización, desrealización, depresión, aumento de la percepción sensorial, percepción anormal o sensación de movimiento.
- Tolerancia: necesidad de mayores dosis para el mismo efecto.

Los hipnóticos **NO benzodiazepínicos** presentan un perfil diferencial de efectos adversos: gusto metálico, sequedad de boca, náuseas, cefaleas, aturdimiento.

**CONTRAINDICACIONES:** (usar con precaución)

- Apnea del sueño, EPOC.
- Glaucoma de ángulo cerrado.
- Miastenia gravis (MIR).
- Abuso de sustancias.
- Enfermedad hepática o renal.
- Porfiria.
- Deterioro cognitivo.



MIR 03 (7663): ¿Cuál de los siguientes es el principal efecto negativo de los tratamientos con benzodicepinas en pacientes con trastornos de ansiedad?:

1. Adicción.
2. Hipotensión.
3. Náuseas.
4. Agitación paradójica.
5. Sedación.

ANULADA

### 1.6. Intoxicación aguda por BZD

Las BZD son fármacos seguros, el riesgo es bajo salvo que se asocian con otros depresores del SNC (alcohol, otros depresores).

SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN: disminución del nivel de conciencia -desde somnolencia a estupor-, ataxia, disartria, miosis, relajación muscular.

TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN POR BZD:

- Medidas generales: establecer vía respiratoria e IV.
- Administración IV del antagonista del receptor de BZD: **FLUMACENIL (MIR)**. Dosis máxima acumulada: 3 mg.

### 1.7. Otros ansiolíticos (no BZD)

BETABLOQUEANTES:

- Útiles en el tratamiento de los síntomas vegetativos de la ansiedad.
- Los más usados: **PROPANOLOL** y atenolol.
- Contraindicados en asma bronquial.

AGONISTAS ALFA-2: Clonidina.

- Empleo: deshabitación a sustancias, acatisia.

CLOMETIAZOL:

- Hipnótico derivado de la vitamina B1 (tiamina). Suele utilizarse en:
  - Insomnio en ancianos.
  - **DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA** para el control y tratamiento del síndrome de abstinencia.
- Produce dependencia y riesgo de hemorragias gastrointestinales.

BUSPIRONA:

- Agonista parcial del receptor 5-HT1A pre y postsináptico.
  - Disminuye la actividad de 5HT en caso de exceso - efecto ansiolítico- y la aumenta en caso de déficit - efecto antidepresivo-.
- Aumenta ligeramente la actividad NA y DA.
- Indicado en trastorno de ansiedad generalizada.
- Bien tolerado.

BARBITÚRICOS :

- Su uso clínico en psiquiatría NO está justificado.
- Riesgo letal en sobredosis (peligro de suicidio).

## 2. Antipsicóticos (neurolepticos) (18MIR)

### 2.1. Clasificación

<b>TÍPICOS, 1ª GENERACIÓN</b>	Butirofenonas: <b>HALOPERIDOL</b> , Droperidol	<b>INCISIVOS (POTENTES)</b>	• Elevada potencia antipsicótica (el que más <b>haloperidol</b> )
	Tioxantenos: Zuclopentixol		• Eficaces en <b>SÍNTOMAS POSITIVOS</b>
	Benzamidas: Sulpiride, Tiapride	• <b>NO EFICACES EN SÍNTOMAS NEGATIVOS</b>	• Muchos <b>EFFECTOS EXTRAPIRAMIDALES (EPS)</b>
	Fenotiazinas: Clorpromazina, Levomepromazina, Tioridazina, Flufenazina, Perfenazina	<b>SEDATIVOS</b>	• Baja potencia APS
<b>ATÍPICOS, 2ª GENERACIÓN</b>	<b>CLOZAPINA</b>	• Sedación (el que más la <b>levomepromazina</b> )	• EPS: ++
	<b>RISPERIDONA, PALIPERIDONA</b>	• Hipotensión ortostática	• Efectos anticolinérgicos
	<b>OLANZAPINA</b>	• <b>POTENTES</b>	• <b>EFICACES EN SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS</b> (menos en sínt. -)
	<b>ZIPRASIDONA</b>	• <b>MENOS EPS</b> (el que más risperidona, el que menos la clozapina)	• Clozapina:
	<b>AMISULPIRIDE</b>	• Util en <b>REFRACTARIOS</b>	◦ Agranulocitosis
	<b>QUETIAPINA</b>		
	<b>SERTINDOL</b>		
	<b>ARIPIPRAZOL</b> (Único agonista parcial: "3ª Generación")		



## 2.2. Farmacodinamia

### TÍPICOS

- **ANTAGONISTAS D2** en las 4 vías dopaminérgicas:
  - **Mesolímbica:** el antagonismo mejora delirios y alucinaciones (eficaces en síntomas positivos).
  - **Mesocortical:** el antagonismo D2 empeora los síntomas negativos y cognitivos.
  - **Nigroestriatal:** el antagonismo D2 produce efectos adversos extrapiramidales.
  - **Tuberoinfundibular:** pueden producir hiperprolactinemia por bloqueo D2.
- Antagonistas además de receptores
  - Colinérgicos muscarínicos M1
  - Alfa-1-adrenérgicos
  - Histaminérgicos H1

### ATÍPICOS

- **ANTAGONISMO D2 y 5HT2A**
- En menor medida antagonismo de:
  - D1, D3, D4
  - 5-HT
  - M1
  - Alfa-1 y alfa-2
  - H1

## 2.3. Farmacocinética

### A. ABSORCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

- Oral o intramuscular.
- Unión a proteínas plasmáticas 80-90% (activa la parte libre).
- Atravesan la barrera hematoencefálica.

### B. METABOLISMO – CITOCROMO P450

CYP450	APS	Interacción
1A2 DESMETILACIÓN	Clozapina Olanzapina	<b>Inductor:</b> tabaco <b>Inhibidor:</b> fluvoxamina
2D6 HIDROXILACIÓN	Clozapina Olanzapina Risperidona Paliperidona Sertindol	<b>Inhibidores:</b> fluoxetina, paroxetina, sertralina
3A4	Clozapina Quetiapina Ziprasidona	<b>Inductor:</b> carbamacepina <b>Inhibidor:</b> ketoconazol, eritromicina, inhibidores de proteasa, fluvoxamina, fluoxetina, nefazodona

## 2.4. Indicaciones

- **TRASTORNOS PSICÓTICOS**
  - **ESQUIZOFRENIA**
  - Otros: trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, por ideas delirantes, psicosis tóxica.
    - Fase aguda.
    - Prevención de nuevos episodios.
  - **TRASTORNO BIPOLAR**
    - Tratamiento agudo de manía con síntomas psicóticos.
    - Prevención de recaídas.
  - **ALTERACIONES GRAVES DEL COMPORTAMIENTO**
    - En cuadros orgánicos (síndrome confusional o demencia cursan con agitación o psicosis).
  - Tratamiento sintomático de síntomas psicóticos
    - Depresión grave con síntomas psicóticos.
  - Alteraciones del movimiento: tics, corea de Huntington, Guilles de la Tourette.

## USO CLÍNICO

- **ELECCIÓN: ATÍPICOS**
- Esquizofrenia resistente (resistente a 2 tratamientos con atípicos: Clozapina)

### CLOZAPINA

- Riesgo de agranulocitosis (1%) – NO debe usarse en paciente con un recuento leucocitario <3.500, antecedentes de trastornos de médula ósea o agranulocitosis.
  - Puede producir leucocitosis benigna, leucopenia, eosinofilia y elevar V.S.G.
- Vigilancia hematológica estrecha (MIR):
  - Hemograma basal semanal 18 semanas, quincenal 1 año y luego mensual.
  - Interrumpir si leucocitos <3000 mm<sup>3</sup>.
- Riesgo de embolismo pulmonar, miocarditis, cardiomiopatía.
- Disminuye el riesgo de suicidio en la esquizofrenia.

### MEDICACIÓN DE LIBERACIÓN RETARDADA

- Indicado en sujetos con mal cumplimiento terapéutico. Administración IM cada 2 ó 4 semanas.
- **Atípicos:** risperidona, olanzapina.
- **Típicos:** flufenacina, zuclopentixol.

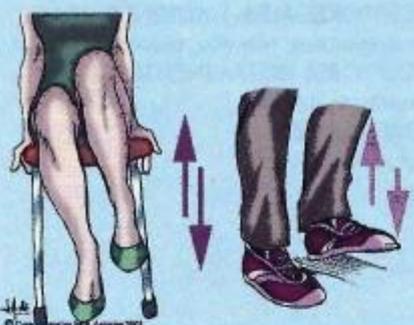
## 2.5. Efectos adversos

- **ANTAGONISMO RECEPTORES D2**
  - **VÍA NIGROESTRIATAL:** se producen EFECTOS EXTRAPIRAMIDALES como acatisia, distonía aguda, parkinsonismo y discinesia tardía.
  - **VÍA TUBEROINFUNDIBULAR:** HIPERPROLACTINEMIA (ginecomastia, amenorrea, disminución de libido, infertilidad, riesgo de cáncer de mama).
- **ANTAGONISMO RECEPTORES MUSCARÍNICOS M1**
  - Bloqueo central: convulsiones, pirexia.
  - Bloqueo periférico: visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, reducción de secreciones (sequedad de boca), alteraciones cognitivas (amnesia), taquicardia sinusal.
- **ANTAGONISMO RECEPTORES ALFA-1-ADRENÉRGICOS**
  - Hipotensión ortostática, mareos, taquicardia.
- **ANTAGONISMO RECEPTORES HISTAMINÉRGICOS H1**
  - Sedación, aumento de peso.
- **BLOQUEO RECEPTORES 5-HT2**
  - 5-HT2A: disfunción sexual.
  - 5-HT2C: aumento de peso.



## EFFECTOS EXTRAPIRAMIDALES (8MIR)

- Por BLOQUEO DE LOS RECEPTORES D2 EN LA VÍA DOPAMINÉRGICA NIGROESTRIATAL.
- Típicos > risperidona > resto de atípicos (clozapina la que menos -MIR-). Dosis dependiente.

CUADRO CLÍNICO	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO
<p><b>DISTONÍA AGUDA (MIR)</b></p>  <p>© Curso Intensivo MIR Asturias 2016</p>	<p><b>Prevalencia:</b> en el 10%. Más en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- varones jóvenes (raro en ancianos)</li> <li>- primera vez tomando APS</li> <li>- en los APS de elevada potencia</li> </ul> <p><b>Favorecido por:</b> hipoparatiroidismo o hipocalcemia.</p> <p><b>Inicio:</b> aguda: en horas;</p> <p><b>Clínica:</b> ESPASMOS MUSCULARES DE CARA Y CUELLO (crisis óculo-giras, ojos fijos mirando hacia arriba, tortícolis, espasmo de faringe, dificultad para hablar, tragar). Más infrecuente en tronco y extremidades (incluso opístotonos).</p>	<p>-ANTICOLINÉRGICOS (Biperideno, Trihexifenidilo)</p> <p>Vía IM en situación aguda grave (respuesta a los 10-20 min). Después vía oral.</p>
<p><b>PARKINSONISMO (2MIR)</b></p> 	<p><b>Prevalencia:</b> 20%. Más en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mujeres ancianas</li> <li>- daño neurológico previo</li> </ul> <p><b>Inicio:</b> tras días-semanas o tras años de uso</p> <p><b>Clínica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TEMBLOR-RIGIDEZ</li> <li>- BRADICINESIA</li> <li>- BRADIFRENIA</li> <li>- SIALORREA</li> </ul>	<p>-DISMINUIR LA DOSIS.</p> <p>-CAMBIAR A APS ATÍPICO.</p> <p>-ANTICOLINÉRGICO (Biperideno, Trihexifenidilo).</p>
<p><b>ACATISIA (MIR)</b></p>  <p>© Curso Intensivo MIR Asturias 2016</p>	<p><b>Prevalencia:</b> 25%</p> <p><b>Inicio:</b> tras horas-semanas.</p> <p><b>Clínica:</b> INQUIETUD SUBJETIVA CON NECESIDAD IMPERIOSA DE MOVERSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- movimiento de pies</li> <li>- cruzar y descruzar piernas</li> </ul> <p>Se ha asociado a suicidio y a heteroagresividad. No confundir con agitación psicótica.</p>	<p>-DISMINUIR LA DOSIS.</p> <p>-CAMBIAR A APS ATÍPICO</p> <p>-BENZODIACEPINAS (loracepam, clonacepam).</p> <p>-PROPANOLOL.</p> <p>-Clonidina.</p> <p>Anticolinérgicos poco efecto.</p>
<p><b>DISCINESIA TARDÍA (3MIR)</b></p>  <p>© Curso Intensivo MIR Asturias 2016</p>	<p><b>Prevalencia:</b> 5% de pacientes por cada año de exposición a APS.</p> <p><b>Factores de riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- altas dosis, cambios de APs, uso de anticolinérgicos</li> <li>- mujeres ancianas</li> <li>- comorbilidad con trastornos orgánicos, psiquiátricos u otros efectos extrapiramidales</li> <li>- casos raros con ISRS, litio,...</li> </ul> <p><b>Inicio:</b> tras meses-años</p> <p><b>Clínica:</b> amplia variedad de MOVIMIENTOS ANORMALES OROFACIALES. Generalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chupeteo</li> <li>- protusión de la lengua</li> <li>- movimientos coreiformes de las manos (tocar piano, pill rolling)</li> </ul> <p>Los movimientos se agravan con el estrés</p> <p>Reversible sólo en el 50% de los casos</p>	<p>-SUSPENDER ANTICOLINÉRGICOS SI PRESCRITOS</p> <p>-DISMINUIR DOSIS DE APS</p> <p>-Tetrabenazina, agonistas DA, antiepilépticos</p> <p>-CAMBIAR A OTRO APS ATÍPICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clozapina: el APS que más probabilidades tiene de resolución</li> </ul>



## OTROS EFECTOS ADVERSOS

### SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO (4 MIR):

Raro pero potencialmente fatal (mortalidad de hasta el 20%).

**Incidencia:** <1% en tto con APS típicos (menos con atípicos). Raramente con otros fármacos (eutimizantes, antidepresivos, BZD) y cocaína.

**Etiopatogenia:** HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA como consecuencia del antagonismo dopaminérgico.

**Factores de riesgo:** APS típicos de elevada potencia, aumento o disminución de dosis reciente o rápido, retirada brusca de anticolinérgicos, agitación, deshidratación, hipertiroidismo, enfermedad de Parkinson, trastorno cerebral orgánico, alcoholismo, psicosis. Más frecuente en varones y jóvenes.

**Clínica:** por lo general los síntomas evolucionan durante 24-72 horas

- FIEBRE ELEVADA, RIGIDEZ EXTRAPIRAMIDAL EN TUBO DE PLOMO, CONFUSIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA FLUCTUANTE

- difunción autonómica: diaforesis, TA fluctuante, taquicardia

- Analítica: LEUCOCITOSIS, CK ELEVADA, función hepática alterada

**Incidencia:** menor con atípicos.

**Etiopatogenia:** por bloqueo D2 en vía tuberoinfundibular. Descartar tumor.

**Clínica:** generalmente asintomática.

- disfunción sexual.
- amenorrea, infertilidad.
- ginecomastia, galactorrea.
- osteoporosis.

### HIPERPROLACTINEMIA

Típicos > risperidona y amisulpiride > otros atípicos

### ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

Riesgo de agranulocitosis con clozapina (MIR)

**Incidencia:** 1% con clozapina. En menor medida otros APS (0.05%).

Más en:

- edad avanzada
- mujeres

**Inicio:** en los 6 primeros meses.

**Clínica:** disminución del recuento absoluto de neutrófilos hasta una cifra <500/mm<sup>3</sup>.

Se desarrolla tolerancia.

### HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA (MIR)

Típicos sedantes > clozapina > quetiapina > resto de atípicos

### ALTERACIONES CARDÍACAS

Típicos sedantes > ziprasidona, sertindol > resto

Alteraciones ECG inespecíficas.

**Prolongación clínicamente significativa del QTc.**

Arritmias malignas: tioridacina (retirada del mercado porque producía retinitis pigmentaria).

**Clínica**

- OBESIDAD ABDOMEN, AUMENTO PESO.
- HIPERGLUCEMIA POR RESISTENCIA INSULÍNICA.
- DISLIPEMIAS.
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

### SÍNDROME METABÓLICO

Clozapina, olanzapina, perfenacina, clorpromacina > quetiapina, risperidona > resto

### EFFECTOS ANTICOLINÉRGICOS

Típicos > clozapina > olanzapina > resto atípicos

**Clínica:** periféricos: visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, reducción de secreciones (sequedad de boca); centrales: alteraciones cognitivas (amnesia), taquicardia sinusal.

### DISMINUCIÓN DEL UMBRAL CONVULSIVO

Otros

Clozapina > típicos sedantes > atípicos > típicos incisivos

**Retinitis pigmentaria:** tioridacina (retirado).

**ictericia colostática:** clorpromacina.

**Fotosensibilidad:** clorpromacina.

**Disfunción sexual:** todos.

**Sedación:** típicos, clozapina, olanzapina, quetiapina.

### URGENCIA MÉDICA

Retirada del fármaco.

Monitorización intensiva (ECG, TA, función renal). Rehidratación

Relajantes musculares (Dantroleno y Benzodiazepinas).

Se pueden utilizar agonistas dopaminérgicos (Bromocriptina).

En casos refractarios: Terapia electroconvulsiva.

Muy importante la detección temprana y evitar la exposición.

-Reducir dosis APS.

-Cambiar a APS de menor incidencia.

-Amantadina o Bromocriptina (puede empeorar la psicosis).

### CONTROLES HEMATOLÓGICOS.

Retirada del fármaco si necesario.

Considerar TEC para posterior tratamiento.

Aumentar gradualmente la dosis.

Evitación de cafeína y alcohol.

Aumento de consumo de Na, líquidos.

ECG, vigilancia.

**MONITORIZACIÓN** (cada 3 ó 6 meses):

- perímetro abdominal, IMC.
- glucosa, HbA<sub>1c</sub>, perfil lipídico.
- Tensión Arterial.

Precaución si antecedentes de convulsiones o se va a administrar TEC.



## 2.6. Sobredosis

**Clínica:** los síntomas de sobredosis de un antagonista de los receptores de DA son:

- SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES.
- MIDRIASIS.
- DISMINUCIÓN DE REFLEJOS TENDINOSOS PROFUNDOS.
- HIPOTENSIÓN Y TAQUICARDIA.
- Síntomas graves:
  - DELIRIUM
  - COMA
  - DEPRESIÓN RESPIRATORIA
  - CONVULSIONES

**Evolución:** suele ser favorable (con la excepción de la tioridacina y ziprasidona –riesgo cardíaco-).

**Tratamiento:** sintomático.

- Carbón activado, si es posible lavado gástrico (cuando paciente está consciente).
- Si convulsiones: diazepam IV o fenitoína.
- Hipotensión: noradrenalina o dopamina (no adrenalina).

**MIR 97 (5335):** De los siguientes fármacos antipsicóticos ¿Cuál de ellos exige en su protocolo terapéutico la realización de controles de hemograma por riesgo de agranulocitosis:

1. Decanoato de Flufenacina.
2. Trifluoperacina.
3. Clozapina.\*
4. Levomepromacina.
5. Clotiapina.

**MIR 99 FAMILIA (6113):** Un joven de 27 años llega a Urgencias con protrusión de lengua y espasmo de torsión de cuello. Un familiar que le acompaña sólo sabe decir que recientemente tuvo un breve ingreso psiquiátrico y le han puesto un tratamiento inyectable. En esta situación, el diagnóstico más probable es:

1. Tetania.
2. Distrofia aguda inducida por neurolepticos.\*
3. Trastorno por ansiedad aguda.
4. Corea de Huntington.
5. Trastorno por simulación.

**MIR 00 (6722):** Respecto de denominado síndrome neuroleptico maligno, una de las siguientes afirmaciones **NO** es cierta:

1. Se trata de una reacción idiosincrásica cuya incidencia se estima en torno al 0,5% de los pacientes tratados con fármacos antipsicóticos.
2. Respecto de sus manifestaciones clínicas destacan entre otras la rigidez extrapiramidal "en tubo de plomo", la hipertermia, alteraciones neurovegetativa (hipertensión diastólica entre otras) y alteración del nivel de conciencia.
3. Su mortalidad, según diversos estudios, puede llegar a ser superior al 20% de los casos descritos.
4. Desde un punto de vista etiopatogénico el único grupo farmacológico vinculado a su desarrollo ha sido el grupo de los antipsicóticos, y por ello su nombre de síndrome "neuroleptico" maligno.\*
5. El tratamiento es de sostén y sintomático de las manifestaciones clínicas descritas y habitualmente se efectúa en unidades de cuidados intensivos.

**MIR 02 (7393):** Un paciente esquizofrénico de 25 años lleva 2 semanas tomando 15 mg/día de Haloperidol. Los síntomas psicóticos han mejorado ostensiblemente. El paciente refiere encontrarse muy inquieto, no puede permanecer sentado mucho rato y se tiene que poner a caminar sin rumbo. ¿Cuál, entre las siguientes, sería una medida **INCORRECTA**?:

1. Añadir 1 mg de Lorazepam dos veces al día.
2. Añadir 40 mg de Propanolol una vez al día.
3. Sustituir el Haloperidol por 2 mg de Risperidona\*.
4. Disminuir la dosis de Haloperidol a 10 mg/día.
5. Tranquilizar al paciente de lo transitorio de esta sintomatología.

**MIR 05 (8183):** Un paciente psicótico, en tratamiento con medicación neuroleptica, refiere sensación subjetiva de inquietud. A la exploración, se ve que es incapaz de relajarse, va y viene por la consulta alterna entre sentarse y levantarse, y cuando está de pie, se balancea de pierna a pierna. El cuadro descrito sería compatible con el siguiente trastorno inducido por fármacos:

1. Parkinsonismo.
2. Síndrome neuroleptico maligno.
3. Síndrome de piernas inquietas.
4. Distrofia aguda.
5. Acatisia.\*

**MIR 07 (8601) FARMACOLOGÍA:** ¿Cuál de los siguientes fármacos cree que tiene más posibilidades de producir un parkinsonismo iatrogénico?

1. Omeprazol.
2. Cisapride.
3. Risperidona.\*
4. Clozapina.
5. Quetiapina.



© Curso Intensivo MIR Asturias 2008



### 3. Antidepresivos (18MIR)

#### 3.1. Clasificación

Existen múltiples antidepresivos que se clasifican en función de su acción sobre los sistemas de neurotransmisión.

NEURO-TRANSMISORES IMPLICADOS	CLASE	NOMBRES (MIR)
1	INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (5HT): I.S.R.S.	PAROXETINA CITALOPRAM ESCITALOPRAM FLUOXETINA SERTRALINA FLUVOXAMINA
	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (NA): I.S.R.N. Bloqueo 5-HT2A e inhibición de recaptación de 5HT: I.R.A.S. Inhibición de recaptación de noradrenalina (NA) y dopamina (DA): I.R.N.D. Inhibición <u>selectiva</u> de la recaptación de 5HT y NA	REBOXETINA TRAZODONA BUPROPION VENLAFAXINA DULOXETINA
2	Inhibición <u>no selectiva</u> de la recaptación de 5-HT y NA: ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	AMITRIPTILINA CLOMIPRAMINA IMIPRAMINA NORTRIPTILINA DESIMIPRAMINA DOXEPINA TRIMIPRAMINA
	INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA (I.M.A.O.)  RIMA (inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A) Alfa-2-antagonistas (aumentan los niveles de NA y 5HT)  Estimula receptores melatonérgicos MT1 y MT2 y bloquea 5HT2C	IPRONIACIDA ISOCARBOXACIDA TRANILCIPROMINA FENELCINA  Maclobemida Mirtazapina Mianserina AGOMELATINA



#### 3.2. Indicaciones

- **TRASTORNOS DEPRESIVOS**
  - ELECCIÓN: ISRS.
  - Tratamiento agudo.
  - Tratamiento de mantenimiento.
- **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**
  - ELECCIÓN: ISRS.
- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**
  - ELECCIÓN: ISRS.
- **TRASTORNOS POR DOLOR**
  - Amitriptilina, duloxetina.
- Insomnio: Trazodona, mirtazapina.
- Enuresis: Imipramina.
- Prevención de migraña y cefalea tensional.
- Síndrome disfórico premenstrual.

#### USO CLÍNICO:

- Los antidepresivos de 1º ELECCIÓN ante un episodio depresivo son los ISRS.
- Tardan hasta 3 ó 4 semanas en hacer efecto (tiempo de latencia del efecto terapéutico).
- La DURACIÓN DEL TRATAMIENTO dependerá de si se trata de un primer episodio o si ya han existido episodios previos (MIR):

#### PRIMER EPISODIO:

**TRATAMIENTO AGUDO:** para la desaparición de los síntomas y vuelta al estado normal (remisión).  
**MANTENIMIENTO:** 6 MESES para lograr la recuperación (remisión durante 6 meses).  
**CON EPISODIOS PREVIOS (RECAÍDAS):** mayor duración del tratamiento, en ocasiones de por vida.



Acciones antidepresivas



Acciones anti-TOC





	TRATAMIENTO	OBJETIVO
OBLIGATORIO EN <u>TODOS</u> LOS PACIENTES	<b>TRATAMIENTO AGUDO:</b> - Hasta la remisión	<b>REMISIÓN:</b> - Cese de síntomas - Vuelta al funcionamiento normal
	<b>TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN-MANTENIMIENTO:</b> - Hasta la recuperación - 6 MESES - MISMA DOSIS que el tratamiento agudo	<b>RECUPERACIÓN:</b> - Remisión mantenida > 6 meses (si no hablamos de recaída)
EN PACIENTES CON EPISODIOS PREVIOS	<b>TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO - PROFILAXIS:</b> - Duración y dosis individual (a veces de por vida)	<b>EVITAR RECIDIVAS O RECURRENCIAS</b>

### 3.3. ISRS (3MIR)

Antidepresivos de **ELECCIÓN**.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

- El más serotoninérgico es escitalopram.
- El más desinhibidor es fluoxetina.
- El más sedante es la fluvoxamina.

**Efectos secundarios:**

- Insomnio/somnolencia.
- Disfunción sexual
- Ansiedad/agitación.
- Molestias gastrointestinales: diarreas, náuseas, vómitos.
- Efectos anticolinérgicos: menos que tricíclicos. Menos la sertralina (elección en ancianos). Más paroxetina y fluvoxamina.
- Extrapiramidales: paroxetina puede producir acatisia (MIR).

**Precauciones:** antecedentes de hemorragia gastrointestinal, periodo de lavado si IMAO.

**Contraindicaciones absolutas:** NINGUNA (MIR).

### 3.4. IRSN

Útiles en casos refractarios a los ISRS, pueden ser de elección si no están contraindicados.

Inhibición selectiva de la recaptación de 5HT y NA:

- Venlafaxina
- Duloxetina

**Efectos secundarios:**

- Hipertensión arterial.
- Efectos serotoninérgicos.
- Efectos anticolinérgicos.

**Contraindicaciones:**

- Cardiopatías graves.
- HTA de difícil control.

MIR 04 (7918): En relación al tratamiento de la depresión, una de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**:

1. La terapia electroconvulsiva no tiene indicación en las depresiones neuróticas.
2. El litio se utiliza en los cuadros bipolares.
3. Los IMAOS están indicados en depresiones atípicas.
4. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina son mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos.
5. El tiempo medio de mantenimiento de la medicación anti-depresiva es de 6 semanas.\*

MIR 07 (8760): Señale la asociación correcta fármaco antidepresivo-mecanismo de acción:

1. Sertralina – inhibidor MAO.
2. Bupropión – inhibidor selectivo de la recaptación de 5HT.
3. Iproniacida – inhibidor selectivo de la recaptación de 5HT.
4. Citalopram – inhibidor selectivo de la recaptación de 5HT.\*
5. Duloxetina – inhibidor de MAO.

MIR 09 (9205): (146) En el tratamiento de la depresión en una paciente anciana con insuficiencia cardíaca avanzada, hipertensión pulmonar severa, anemia e insuficiencia renal crónica, ¿qué fármaco elegiría?:

- Amitriptilina.
- Clorpromazina.
- Sertralina.\*
- Carbonato de litio.
- Imipramina.

MIR 10 (9441): Mujer 58 años. Presenta desde hace semanas tristeza y desmotivación con lloros inmotivados. Pensamientos negativos sobre el futuro, preocupación por pequeños problemas, apatía general y abandono de sus actividades habituales. Los familiares explican que hace años sufrió algo parecido y le estuvieron dando unas pastillas que no recuerdan. Descartada cualquier patología orgánica ¿cuál es, entre los siguientes, el tratamiento psicofarmacológico más adecuado?

1. Citalopram 20 mg/día.\*
2. Risperidona 6 mg/día.
3. Carbamazepina 600 mg/día.
4. Diazepam 5 mg/noche.
5. Metilfenidato 18 mg/día.

MIR 14 (155) Acude a la consulta un hombre de 67 años de edad acompañado de dos de sus hijos que comentan que su padre viene presentando los últimos dos meses unas pérdidas de memoria cada vez mayores. Previamente a ello pasó por una temporada en la que presentaba estado de ánimo bajo. A lo largo de los últimos meses además ha comenzado a dar un "no se" o "no me importa" como contestación a la mayoría de las preguntas que se le formulan al tiempo que han aumentado sus manifestaciones de queja y malestar por sus olvidos, especialmente por las mañanas. A pesar de todo ello parece desenvolverse con relativa comodidad en el día a día. Uno de los siguientes sería el fármaco más indicado para el tratamiento de éste paciente. Señálelo.

1. Quetiapina
2. Lamotrigina
3. Tacrina
4. Donepezilo
5. Sertralina

### 3.5. Inhibidores no selectivos de recaptación de 5HT y Na: tricíclicos (12MIR)

Útiles en depresiones graves y refractarias a ISRS.

**Efectos secundarios:**

- Antagonista receptores H1:
  - Aumento de peso
  - Somnolencia
- Antagonista receptores M1: efectos anticolinérgicos (más amitriptilina, menos desipramina)
  - Periféricos: estreñimiento (MIR), visión borrosa, sequedad de boca, somnolencia, retención urinaria.
  - Centrales: alteraciones cognitivas (amnesia), taquicardia sinusal.



- Antagonista receptores alfa-1-adrenérgicos:
  - Hipotensión postural, mareos.
  - Somnolencia.
- Alteraciones en el ECG (MIR):
  - Prolongación del QT.
  - Aplanamiento onda T.
  - Depresión del segmento ST.
- Náuseas y vómitos (MIR).

**Contraindicaciones absolutas y relativas (MIR):**

- Cardiopatías graves.
- Riesgo de suicidio por elevada toxicidad.
- Glaucoma de ángulo cerrado.
- Hipertrofia de próstata (MIR).
- Primer trimestre de embarazo.
- Fármacos: fenitoína, quinidina, antihistamínicos, anti-colinérgicos, antihipertensores centrales (nitroglicerina, clonidina, reserpina, metildopa).

**Sobredosis por antidepresivos TRICÍCLICOS:**

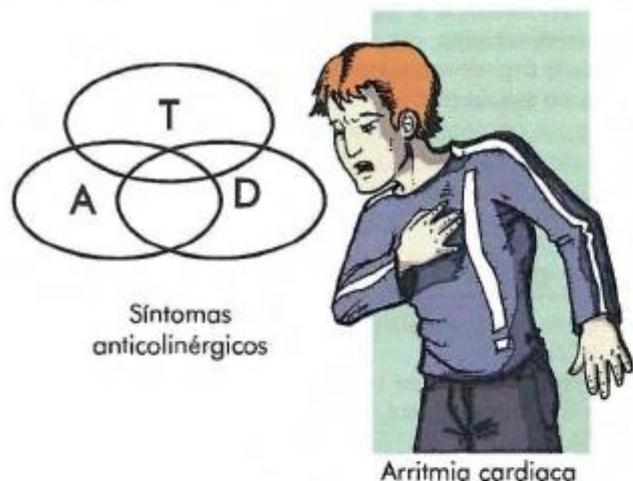
Sospecha en paciente psiquiátrico ante:

- Arritmias
  - ECG: alargamiento del QRS (signo temprano)
- Alteraciones neurológicas: delirium, convulsiones.
- Síntomas anticolinérgicos: parálisis intestinal y urinaria, descompensación de la TA y de la temperatura, y mi-driasis.

**Tratamiento de intoxicación por tricíclicos (MIR):**

- Provocar vómito –no si las convulsiones son inminentes-, carbón activado y/o lavado gástrico.
- Mantener la vía aérea e ingestión de líquidos.
- Administrar **bicarbonato sódico vía IV rápida** (0.5-2 mEq/l) periódicamente para mantener pH sanguíneo >7.45 como medida básica del tratamiento de las arritmias.
- **Diazepam** para controlar los efectos sobre el SNC (agitación, reflejos hiperactivos, rigidez muscular, convulsiones).

Sólo si los síntomas persisten se deberá administrar salicilato de fisostigmina (IV lento) para revertir las manifestaciones del SNC y cardiovascular de la sobredosificación (2 mg con repetición de 1 a 4 mg según necesidad a intervalos de 20-60 minutos).



(Alteraciones neurológicas)  
Convulsiones



© Casa Interactiva MIR Amara 2005

**MIR 04 (7923)** Una mujer de 22 años de edad es traída al servicio de urgencias en estado comatoso después de una crisis convulsiva, con TA de 80/40 y PA 148 l/m. En el ECG, la duración del QRS es 280 mseg. Había estado deprimida y comenzado a tomar nortriptilina 2 semanas antes. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento inicial más apropiado?:

1. Coger vía venosa y administrar bicarbonato sódico intravenoso.
2. Coger vía venosa, lavado gástrico, y diazepam para controlar las convulsiones.
3. Control de la vía aérea, coger vía venosa y administrar carbón activado por sonda nasogástrica.
4. Control de la vía aérea y ventilación mecánica, coger vía venosa y administrar bicarbonato sódico intravenoso.\*
5. Revertir los efectos antimuscarínicos con administración intravenosa de fisostigmina.

**3.6. IMAOS (2MIR)**

NO suelen ser de primera elección.

**INDICACIONES:**

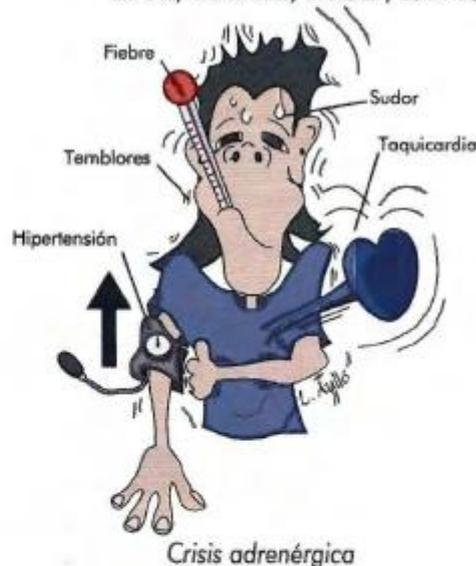
- Depresión RESISTENTE.
- Depresión ATÍPICA, Depresión BIPOLAR,
- CICLACIÓN RÁPIDA.

**USO CLÍNICO:**

- Antes de instaurar un IMAO, **PERÍODO DE LAVADO** tras otros antidepresivos de 1-2 semanas (fluoxetina 5-6 semanas).
- Después de IMAO al pasar a otro AD: 2 semanas.
- **DIETA: EVITAR ALIMENTOS RICOS EN TIRAMINA**
  - Quesos fermentados, patés, ahumados, caviar, embutidos, escabeches, conservas.
  - Habas, espinacas, chocolate, plátanos, aguacates, uvas pasas, higos.
  - Sopas de sobre, caza, cerveza, vino.

Por riesgo de crisis adrenérgica (reacción del queso), similar al síndrome serotoninérgico:

- Inicialmente: cefalea, rigidez de cuello, sudación, náuseas, vómitos.
- Después: hipertensión, hipertermia, taquicardia, diaforesis, temblor, arritmias.



**EFFECTOS ADVERSOS:**

- Hipotensión ortostática.
- Efectos anticolinérgicos.
- Aumento de peso, edema.
- Hepatotoxicidad.
- Crisis hipertensivas.
- Nerviosismo, insomnio.

**CONTRAINDICACIONES:**

- Hepatopatía grave.
- Diabetes.
- Insuficiencia cardiaca.
- Enfermedad hipertensiva complicada.



### 3.7. Efectos adversos de todos los antidepresivos

#### -DISMINUCIÓN DEL UMBRAL CONVULSIVO.

#### -SÍNDROME DE DISCONTINUACIÓN:

Todos los AD tienen el potencial de producirlo por interrupción brusca, especialmente en los de semivida más corta (paroxetina, venlafaxina).

**Incidencia:** 1/3 de los pacientes.

- Más frecuente en niños y adolescentes
- En los que experimentaron síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento AD

**Inicio:** a los 5 días de interrumpir el AD.

**Clínica:** síntomas variados leves y autolimitados:

- **Somáticos:** mareos, vértigo, ataxia, náuseas, vómitos, fatiga, mialgia, parestesias, temblor, auras migrañosas, insomnio.
- **Psíquicos:** ansiedad, agitación, irritabilidad, despersonalización, falta de concentración, problemas de memoria, sueños vívidos, ánimo deprimido, confusión.

**Tratamiento:** Se resuelve solo a las 2-3 semanas.

#### -SÍNDROME SEROTONÉRGICO:

Por interacción farmacodinámica al administrar simultáneamente 2 antidepresivos de acción serotoninérgica o su asociación con L-triptófano (precursor de serotonina).

**Clínica:**

- Inquietud, confusión, coma, convulsiones.
- Hipertermia, diaforesis, diarrea, taquicardia, hipohipertensión.
- Temblor, rigidez, mioclonos, hipercinesia, hiperreflexia de EEG.
- Mortalidad <0.1%.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** con Síndrome Neuroléptico Maligno: toma de antidepresivos, inicio y progresión más lento -en días- e hipercinesia.

**Tratamiento:**

- Ventilación, vía IV.
- Vigilar riesgo de rhabdomiolisis.
- Fármacos: BZD y antagonistas de serotonina (ciproheptadina).
- Resolución en horas.

#### SD. DE SECRECIÓN INADECUADA DE ADH:

**Factores de riesgo:**

- Edad avanzada, mujer, bajo peso corporal.
- Tratamientos con diuréticos, carbamacepina, quimioterapia.
- Fallo en la función renal.
- Comorbilidad (hipotiroidismo, diabetes, EPOC, HTA, cáncer).
- Verano.

**Clínica:** HIPONATREMIA.

- Mareos, náuseas, letargia, confusión, calambres, convulsiones.

**Tratamiento:** Retirada inmediata del AD, luego cambiar a otra clase de AD o considerar TEC.

## 4. Litio (10MIR)

En el organismo humano el Litio se halla en concentraciones séricas de 10-40 mcg/L, se desconoce su función fisiológica. En patología psiquiátrica el litio es eficaz por sí sólo (no hay déficit de litio).

### 4.1. Farmacocinética

#### ABSORCIÓN Y DISTRIBUCIÓN:

- Oral. Se recomienda tomar después de comer con agua para evitar la acción laxante, disminuir náuseas y temblores y mejorar la absorción.
- Se absorbe rápido a nivel gastrointestinal
- No se une a proteínas plasmáticas.
- Atraviesa lentamente la barrera hematoencefálica y la placenta.
- Adquiere niveles estables en sanare a los 5-7 días.

#### METABOLISMO Y ELIMINACIÓN:

- No se metaboliza.
- Vida media de eliminación de 24 horas.
- Se elimina como ión, el **95% por la orina** y el 5% restante por el sudor, heces y saliva.
  - Se filtra a nivel glomerular y el **80% se reabsorbe con Na y H<sub>2</sub>O en el túbulo proximal**, el resto pasa al túbulo distal y se elimina con la orina.

La reabsorción competitiva con el sodio significa mayor posibilidad de intoxicación en hiponatremia: dietas hiposódicas, deshidratación, sudoración, tratamiento con diuréticos tiazídicos, alteraciones de la función renal (MIR).

- En obesos y en embarazo la tasa de aclaramiento aumenta por lo que se requieren dosis mayores.
- Se excreta por leche materna el 50% de la litemia materna, produciendo en el niño letargia, cianosis y hepatomegalia.

#### INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:

AUMENTAN LITEMIA	DISMINUYEN LITEMIA	COMBINACIONES SEGURAS
-Diuréticos ahorradores de potasio y tiazídicos (los del asa menos)	-Diuréticos osmóticos -Inhibidores de la anhidrasa carbónica -Xantinas	-ANTIDEPRESIVOS -ANTIPSICÓTICOS -BZD -ANTIEPILÉPTICOS
-AINEs -IECAs -Poca sal -Vómitos, diarrea, sudor	-Mucha sal	-Analgésicos -Vitaminas -Anticonceptivos orales -Antidiabéticos

### 4.2. Mecanismo de acción

Su mecanismo de acción es múltiple, actúa a nivel de membrana e intracelularmente.

### 4.3. Indicaciones (3MIR)

- **TRASTORNO BIPOLAR: DE ELECCIÓN**
  - Tratamiento de la **manía aguda** (más lento que los antipsicóticos)
  - Tratamiento de la **depresión aguda** en:
    - **Mantenimiento:** prevención de recaídas.
- Trastorno depresivo recurrente.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastornos psicóticos episódicos.
- Potenciación de antidepresivos o antipsicóticos.
- Trastornos de conducta, comportamiento agresivo, automutilaciones (MIR).

### 4.4. Uso clínico

- ANTES de iniciar el tratamiento con litio:
  - ECG.
  - Bioquímica sangre: función renal y tiroidea, ionograma, glucemia basal, hemograma.
  - TA, peso.
  - Descartar embarazo (es teratógeno).
- **CONTROLES POSTERIORES:**
  - **Litemias** semanales durante el 1º mes, mensuales durante 6 meses y luego trimestrales (MIR)
  - **Función renal:** urea y electrolitos cada 3 meses, creatinina anual.
  - **Función tiroidea:** cada 6-12 meses.
  - ECG (MIR): anual
  - Hemograma y bioquímica de sangre: anual.
  - Peso y TA con cada litemia.
- **DOSIS INICIAL:** 400-600 mg/d.
- **DOSIS MANTENIMIENTO:** 900-2400 mg/d.
  - Menor en ancianos y enfermedad renal.
- **NIVEL ÓPTIMO ENTRE 0.6-1.2**

Tto. agudo	0.8 – 1.5 mEq/l	Tto. agudo
Mantenimiento	0.6-1.2 mEq/l	Mantenimiento
Niveles tóxicos	>1.5 mEq/l	Niveles tóxicos

- **DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:**
  - Esperar al menos 3-5 años de estabilidad antes de intentar la retirada.
  - Frecuentemente el tratamiento es de por vida.



La reabsorción del Litio es competitiva con el Na en el túbulo proximal

#### 4.5. Efectos adversos del litio (MIR)

- **DOSIS-DEPENDIENTES:** Tienden a estar directamente relacionados con las concentraciones plasmáticas de Li. Menor frecuencia con niveles <1 mEq/l.
- Puede agravar los síntomas del Parkinson, por lo que en casos de Parkinson se utilizará otro eutimizante (valproato o los nuevos antiepilépticos).

	EFEECTO ADVERSO	TRATAMIENTO
<b>FRECUENTES</b> (por orden de frecuencia)	<b>MOLESTIAS GASTROINTESTINALES:</b> dispepsia, náuseas, vómitos, diarrea. <b>POLIURIA-POLIDIPSIA.</b> <b>TEMBLOR.</b> <b>AUMENTO DE PESO</b> (retención hídrica), edema. Fatiga. Boca seca. Sedación-somnolencia. Dermatología: agrava el acné y la psoriasis, alopecia.	Tomar con comidas  Dosis única, tiazida Propranolol Dieta  Antibiótico, retinoico.
<b>CARDIOVASCULARES</b>	- Trastornos de conducción: disfunción del nódulo sinusal (mareos, síncope), contraindicado si fallo cardiaco o arritmia o enfermedad nodal. - Alteraciones ECG: aplanamiento benigno de onda T (más raro inversión). -Miocarditis (raro).	Generalmente benignas, sin significación clínica.
<b>HEMATOLÓGICOS</b>	Leucocitosis, neutrofilia, linfopenia	
<b>RENALES</b> (10-20%)	- Disminución leve de la tasa de filtrado glomerular, fibrosis intersticial, atrofia tubular, esclerosis glomerular. - 1% Insuficiencia renal irreversible (tras 10 años). - Alteración de concentración renal: diabetes insípida nefrogénica: por interferencia del Li con la ADH en el túbulo contorneado distal y colector.	Disminuir la dosis de Li Añadir amiloride  <b>Única contraindicación absoluta del Li</b>
<b>ENDOCRINAS</b>	- <b>Hipotiroidismo clínico o subclínico</b> (5-35%) (2MIR). Mayor riesgo en mujeres de mediana edad, cicladoras rápidas, tras 6-18 meses tratamiento -Bocio: poco frecuente, más en zonas endémicas (MIR) - Hiperparatiroidismo - Afectación de tolerancia a la glucosa	Levotiroxina (no retirar Li si es efectivo) Control de niveles de TSH  Suspender tto con litio
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>	- Trastornos cognitivos leves: pérdida de memoria, dificultad de concentración, incoordinación, temblor fino(MIR 2011), sedación	
<b>TERATOGENICIDAD</b> (4-12%)	- Síndrome de Ebstein (malformación de válvula tricúspide) en el 3% de los fetos expuestos en primer trimestre. -Polidramnios, prematuridad, problemas tiroides, diabetes insípida, "floppy baby syndrome".	Si bajo riesgo de recaída retirar ANTES de embarazo.



## 4.6. Intoxicación por litio

Dado que el litio penetra en el interior de las células lentamente pueden transcurrir 12 horas antes de que se manifiesten los signos y síntomas de intoxicación a pesar de litemias tóxicas.

LEVE - MODERADA (1.5 - 2 mEq/l)	MODERADA - GRAVE (2 - 2.5 mEq/l)	GRAVE (>2.5 mEq/l)
Síntomas GASTROINTESTINALES		Convulsiones generalizadas Oliguria, insuficiencia renal Muerte
Vómitos Dolor abdominal Diarrea	Náuseas y vómitos persistentes	
Síntomas NEUROLÓGICOS		
Ataxia Temblor grueso, de baja frecuencia Disartria Nistagmo Letargia o excitación Debilidad muscular Mareos	Visión borrosa Fasciculaciones musculares Movimientos clónicos extremidades Hiperreflexia tendinosa Convulsiones Cambios ECG Insuficiencia circulatoria (hipotensión, arritmias) Estupor, coma	

### TRATAMIENTO:

- Si no han pasado más de 3-4 horas: lavado y aspiración gástrica.
- Mantener hidratación y corregir las alteraciones electrolíticas.
- Diuresis forzada en casos leves (<2 mEq/l).
- Hemodiálisis si litemia >2 mEq/l.

**MIR FAMILIA 00 (6247):** ¿Cuál de las siguientes medicaciones reduce el aclaramiento de litio y eleva las concentraciones hasta niveles potencialmente peligrosos:

1. Ibuprofeno.\*
2. Furosemida.
3. Tetraciclina.
4. Teofilina.
5. Carbamacepina.

**MIR 98 (5845):** Todas las situaciones siguientes excepto una suponen un peligro de que los niveles de litio sean más altos de lo esperado. Señálela:

1. Uso de diuréticos tiazídicos.
2. Dieta hipersódica.\*
3. Dieta hiposódica.
4. Deshidratación.
5. Alteración de la función renal.

**MIR 04 (7915)** ¿Cuál de los siguientes aspectos NO es característico del tratamiento con sales de litio?:

1. Precisa para su control de determinaciones de litemia.
2. Es eficaz en el tratamiento del episodio maniaco.
3. Eleva los niveles de uricemia.\*
4. Es eficaz en la profilaxis del trastorno bipolar.
5. Puede aparecer, a largo plazo, toxicidad tiroidea.

**MIR 05 (8175):** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sería INCORRECTA en el seguimiento de un paciente tratado con sales de litio?:

1. Precisa para su control de determinaciones de litemia.
2. Si el paciente desarrollase hipertensión arterial la primera medida a tomar sería la supresión gradual del litio y la introducción de otro fármaco (p. ej. Lamotrigina).\*
3. Es preciso controlar la función tiroidea y renal.
4. El litio puede producir efectos antiagresivos independientes de su acción estabilizante.
5. Ninguna evidencia respalda una teoría de deficiencia de litio en el trastorno bipolar.

**MIR 07 (8699):** Señalar cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a los efectos adversos de las sales de litio en el tratamiento del trastorno bipolar:

1. El litio puede ocasionar alteraciones de la función renal.
2. El litio puede causar alteraciones de la función electrolítica cardíaca.
3. El litio puede provocar exacerbación de la psoriasis.
4. El litio puede provocar insuficiencia Respiratoria.\*
5. El litio puede producir hipotiroidismo.

**MIR 08 (8960):** En los pacientes con trastorno bipolar, tratados con sales de litio, es necesario el control de:

1. La presión arterial.
2. La función tiroidea.\*
3. El título de anticuerpos.
4. El volumen de eyección ventricular.
5. El segmento ST.

**MIR 11 (9690)** El litio constituye el tratamiento profiláctico de primera elección en el Trastorno Bipolar tipo I. ¿cuál de los siguientes efectos secundarios es característico de este fármaco?:

1. Temblor postural fino.\*
2. Cefaleas de predominio frontal.
3. Atracónes bulímicos especialmente de hidratos de carbono.
4. Hiperlipemia (aumento de triglicéridos en sangre).
5. Puede inducir depresión con riesgo autolítico especialmente importante.

**MIR 12 (9930):** Señale cuál de los siguientes psicofármacos NO requiere control de los niveles en sangre:

1. Clozapina.
2. Carbonato de litio.
3. Ácido valproico.
4. Imipramina.
5. Carbamacepina.

**MIR 14 (10384): (150)** ¿Qué análisis deben ser controlados en los tratamientos de mantenimiento con sales de litio?

1. Enzimas hepáticas.
2. Anticuerpos antinucleares.
3. Ferritina y sideremia.
4. Función tiroidea y renal.\*
5. Tirocalcitonina.



## 4.7. Otros estabilizadores del ánimo (son antiepilépticos)

Se trata de fármacos empleados en neurología para el tratamiento de la epilepsia.

Se utilizan en TAB como estabilizadores del humor.

### VALPROATO/ÁCIDO VALPROICO:

#### Usos:

- Manía.
- Depresión bipolar.
- Mantenimiento.
- Eficaz en cicladores rápidos.

Tiene que estar entre 50-125 mmol/L. Puede producir molestias gastrointestinales (dispepsia, náuseas, diarrea), disfunción hepática, temblor, sedación en función de dosis.

Efectos dosis-independientes y benignos: leucopenia, trombocitopenia, alopecia, obesidad.

Efectos adversos graves: fallo hepático, pancreatitis, agranulocitosis, ovario poliquístico-hiperandrogenismo.

### CARBAMACEPINA:

#### Usos:

- Manía.
- Depresión bipolar.
- Mantenimiento.

Potente inductor enzimático.

Riesgo de hiponatremia, agranulocitosis, anemia, fallo hepático, dermatitis exfoliante -Sd Steven Jonson, pancreatitis.

### LAMOTRIGINA:

#### Usos:

- Prevención de episodios depresivos en pacientes bipolares.

Frecuentemente produce erupción cutánea (raramente Sd Steven Jonson).

### OTROS:

OXCARBAMACEPINA, TOPIRAMATO, GABAPENTINA, PREGABALINA.

## 5. Fármacos antidemencia

Estimulan la neurotransmisión colinérgica, con lo cual mejoran o al menos enlentecen el deterioro de la memoria en la Enfermedad de Alzheimer (agentes promnésicos). También mejoran los síntomas comportamentales de la EA (desinhibición, apatía, vagabundeo).

#### Dos tipos:

### ANTICOLINESTERÁSICOS:

- Son:
  - DONEPEZILO
  - GALANTAMINA
  - RIVASTIGMINA
- Inhibidores de la acetilcolinesterasa (AChE), enzima que degrada la acetilcolina (ACh).
- Indicados para enfermedad de Alzheimer leve o moderada.
- Efectos secundarios gastrointestinales (náuseas, diarrea, vómitos, disminución apetito, dispepsia), mareos, cefaleas, fatiga, astenia y sudación

### ANTAGONISTAS RECEPTORES NMDA (receptor del glutamato):

- Es la MEMANTINA.
- Bloquea el exceso de glutamato en la EA.
- Indicados para enfermedad de Alzheimer moderada.
- Efectos secundarios: mareos, cefaleas, estreñimiento.

## 6. Terapia electroconvulsiva (TEC)

(MIR)

Provoca sobre el SNC crisis comiciales generalizadas de tipo tónico-clónico, con una duración total para toda la serie de aproximadamente 20 sg.

La terapia electroconvulsiva es una técnica eficaz y segura, pero suele reservarse a los casos más graves y refractarios a otros tratamientos (MIR).

### A. MECANISMO DE ACCIÓN

La TEC actúa sobre:

- Liberación de neurotransmisores: GABA, 5-HT, opioides y catecolaminas (DA, NA).
- Flujo y metabolismo cerebral: aumento. Tras la crisis disminuye el flujo cerebral.
- Neurofisiología: trazado enlentecido y asimétrico que se normaliza durante el mes siguiente.
  - Se le relaciona con el efecto terapéutico.

La TEC NO produce daño cerebral estructural.

### B. INDICACIONES:

#### Trastornos afectivos:

- Depresión grave con síntomas psicóticos.
- Depresión con elevado riesgo de suicidio (MIR).
- Depresión resistente.
- Estados de inhibición o agitación intensa.
- Cuando están contraindicados los AD: embarazo, ancianos.
- Cuando fallen otros tratamientos (MIR).
- Tratamiento profiláctico en trastorno depresivo recurrente, que respondió a TEC.

#### Trastornos psicóticos:

- Catatonía o agitación psicomotriz que no cede.
- Confusión grave no orgánica.
- Episodios con agitación importante.
- Síndrome neuroléptico maligno.
- Casos resistentes, sobre todo esquizofrenia hebefrénica o desorganizada

### C. CONTRAINDICACIONES

- NO existen contraindicaciones absolutas.
- Relativas:
  - ACV: esperar semanas o meses.
  - Hipertensión intracraneal.
  - IAM: esperar 3 meses.
  - HTA grave.
- Suspender tratamiento con litio (aumenta confusión y amnesia).
- Revisar la insulina y los antidiabéticos orales, por los efectos sobre la glucemia de la TEC.

### D. EFECTOS ADVERSOS

- Mortalidad <0.01%
- Cardiovasculares: arritmias.
- Neuropsiquiátricas (más frecuentes): convulsiones prolongadas, confusión (5-10%), amnesias ante o retrógradas que se recuperan tras semanas, cefaleas y dolores musculares.
- Los de la anestesia general.

MIR 07 (B705): ¿En cuál de los siguientes casos la terapia electroconvulsiva es un tratamiento de PRIMERA ELECCIÓN?

1. Esquizofrenia paranoide.
2. Psicosis reactiva.
3. Depresión mayor con síntomas melancólicos.
4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
5. Trastorno delirante crónico.

ANULADA



## RESUMEN DE PSICOFÁRMACOS

## 1. ANSIOLÍTICOS: BENZODIACEPINAS (BZD)

**Farmacodinamia:** moduladores alostéricos positivos de la neurotransmisión inhibitora del GABA –principal neurotransmisor inhibitor en los receptores GABA<sub>A</sub> (actúan potenciando la capacidad del GABA de aumentar la conductancia del Cl a través de su canal).

**Clasificación según su vida media (t<sub>1/2</sub>):**

- **Larga:** ASL: Clordiazepóxido, Cloracepato, Diacepam; HPN: Fluracepam, Nitracepam, Quazepam.
- **Intermedia:** ASL: Alprazolam, Bromacepam, Ketazolam, Loracepam, Oxacepam, Temacepam; HPN: Flunitracepam, Loprazolam, Lormetazepam.
- **Corta:** HPN: Brotizolam, Midazolam, Triazolam.

ASL: ansiolíticas; HPN: hipnóticas

- TODAS tienen 5 acciones: ansiolisis, hipnosis, anticonvulsivante, miorelajante y sedación.

## 1.1. INDICACIONES:

- Ansiedad aguda (MIR): crisis de angustia, trastorno por estrés agudo, ansiedad secundaria a enfermedades orgánicas
  - En los trastornos de ansiedad crónicos, como coadyuvantes (duración máxima 3 meses, incluyendo 1 mes de retirada progresiva): trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático...
  - Trastornos disociativos – conversión.
- Insomnio (duración máxima 2 meses, incluyendo 1 mes de retirada progresiva).
- Síndrome de abstinencia a alcohol y otros tóxicos.
- Acatisia secundaria a antipsicóticos.
- Agitación psicomotriz.
- Trastorno bipolar I (clonazepam).

## 1.2. EFECTOS ADVERSOS Y CONTRAINDICACIONES:

- **Tolerancia, dependencia física y psíquica: TODAS** (mayor a mayor potencia y menor t<sub>1/2</sub>: alprazolam) (MIR)
  - Enlentecimiento psicomotor (> con t<sub>1/2</sub> larga), amnesia anterógrada
  - En caso de intoxicación: único psicofármaco que tiene **antagonista: Flumazenil** (MIR)
- Contraindicadas en enfermedades que cursan con debilidad muscular como la miastenia gravis o síndrome de apnea del sueño (MIR).

Otros FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS

- ANSIOLÍTICOS: Betabloqueantes, agonistas alfa-2 adrenérgicos (clonidina) y buspirona.
- HIPNÓTICOS: zopiclona, zolpidem, zaleplon.
  - Actúan sobre el mismo receptor BZD.
  - Todos ellos de vida media corta.

## 2. ANTIPSICÓTICOS

TÍPICOS, 1ª GENERACIÓN	Butirofenonas: <b>HALOPERIDOL</b> , Droperidol	INCISIVOS (POTENTES)
	Tioxantenos: Zuclopentixol Benzamidas: Sulpiride, Tiapride	
ATÍPICOS, 2ª GENERACIÓN	Fenotiazinas: Clorpromazina, Levomepromazina, Tioridazina, Flufenazina, Perfenazina	SEDATIVOS
	<b>CLOZAPINA</b> RISPERIDONA, PALIPERIDONA OLANZAPINA ZIPRASIDONA AMISULPIRIDE QUETIAPINA SERTINDOL  <b>ARIPIPIRAZOL</b> (Único agonista parcial: "3ª Generación")	POTENTES <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ EFICACES EN SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (menos en sínt. -)</li> </ul> MENOS EPS (el que más risperidona, el que menos la clozapina) Clozapina: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Útil en REFRACTARIOS</li> <li>◦ Agranulocitosis</li> </ul>

## 2.1. MECANISMO DE ACCIÓN

TÍPICOS:

- Antagonistas dopaminérgicos: bloqueo de los receptores **D2** en las 4 vías dopaminérgicas
  - Vía mesolímbica: efecto antipsicótico sobre síntomas (delirios y alucinaciones).
  - Vía mesocortical: empeoran síntomas negativos y cognitivos.
  - Vía nigroestriatal: efectos extrapiramidales.
  - Vía tuberoinfundibular: hiperprolactinemia.
- Antagonistas de los receptores M1, alfa-1-adrenérgico y H1.

### ATÍPICOS:

- Antagonistas dopaminérgicos-serotoninérgicos: bloqueo simultáneo de los receptores **D2** y **5HT<sub>2A</sub>** en las 4 vías dopaminérgicas.
- Antagonistas de otros receptores: D1, D3, D4, varios 5HT, M1, H1, alfa1, alfa2.

## 2.2. INDICACIONES

- Trastornos psicóticos (trastornos esquizofrénicos, de ideas delirantes, breve).
  - Fase aguda.
  - Mantenimiento.
- **Trastorno bipolar**
  - Tratamiento aguda de manía.
  - Mantenimiento.
- Alteraciones del comportamiento, agresividad, agitación.
- Depresión grave con síntomas psicóticos.
- Alteraciones del movimiento: fics, corea de Huntington, Guilles de la Tourette.

## 2.3. EFECTOS ADVERSOS

**EXTRAPIRAMIDALES:** Por bloqueo de los receptores D2 en la vía nigroestriatal. Típicos incisivos > típicos sedativos > atípicos.

- **Distonia aguda:** (MIR) Tratamiento con antiparkinsonianos anticolinérgicos (biperideno, trihexifenidilo).
- **Parkinsonismo:** (MIR) temblor, rigidez, acinesia. El efecto secundario más importante de los neurolepticos. Tratamiento: anticolinérgicos (biperideno, trihexifenidilo).
- **Acatisia:** (MIR) inquietud psicomotriz. Tto: cambiar a antipsicótico atípico, disminuir dosis, añadir propanolol o añadir benzodiazepinas (loracepam).
- **Discinesia tardía:** (MIR) Movimientos periorales y linguales. Incapacitantes y de difícil tratamiento, el efecto extrapiramidal más grave.

**SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO (MIR):** reacción idiosincrásica en el 0,5% de los pacientes tratados con antipsicóticos. Puede ser producido también por: cocaína, litio, carbamacepina, fluoxetina, tricíclicos o benzodiazepinas.

- Síntomas y signos: Rigidez muscular extrema, hipertermia (41°), taquicardia, hipo o hipertensión, alteraciones variables del nivel de conciencia (puede llegar al coma).
  - Pruebas de laboratorio: Leucocitosis y aumento importante de CK, enzimas hepáticas y mioglobina Plasmática.
- Tratamiento: Emergencia médica –UCI–: Control constantes vitales, electrolitos, balance hídrico; retirada del antagonista dopaminérgico; agonista dopaminérgico (bromocriptina, L-dopa) y relajante muscular (dantrolene).
- Mortalidad: puede superar el 20%.

### OTROS EFECTOS 2º:

- **Dermatológicos:** Fotosensibilidad por clorpromacina.
- **Hematológicos:** Agranulocitosis por clozapina –controles hematológicos periódicos– (MIR).
- **Efectos anticolinérgicos:** Sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria y somnolencia.
- **Hipotensión ortostática:** (MIR)
- **Endocrinos:** Aumento de la secreción de prolactina, aumento de peso.
- **Oftalmológicos:** Coloración irreversible de la retina (similar a retinitis pigmentaria) por tioridacina. (MIR). Coloración benigna de las lentes anteriores oculares y córnea posterior de por clorpromacina.
- **Ictericia colostásica:** Por clorpromacina.
- **Cardiovasculares:** Los antipsicóticos sedativos son más cardiotoxicos. La ziprasidona se asocia a prolongación del QTC, la clorpromacina causa prolongación del QT y PR con aplanamiento de onda T y depresión del ST. La tioridacina se asocia a arritmias malignas –RETIRADA DEL MERCADO–.

## 3. ANTIDEPRESIVOS

### 3.1. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA – ISRS

- Antidepresivos de 1º elección (eficacia similar a los ADT, mejor tolerancia y seguridad).
- Citalopram (el más selectivo –no interacciones–), Escitalopram, Fluoxetina (t1/2 más larga, más desinhibidor), Fluvoxamina (más sedante), Paroxetina (más efectos AntiAch), Sertralina.

#### Indicaciones:

- Trastornos depresivos: depresión mayor, atípica, bipolar, distimia (tratamiento agudo y de mantenimiento).
- Trastornos de ansiedad: t de ansiedad generalizada (TAG), de estrés postraumático (TEPT), obsesivo-compulsivo (TOC), de pánico y trastornos adaptativos.
- Trastornos de conducta alimentaria.

#### Efectos adversos:

- Son los antidepresivos **más seguros; no son cardiotoxicos**
- Los efectos secundarios se deben a acciones indeseables de la 5HT.
  - Los más frecuentes G-I: náuseas, vómitos, diarrea.
  - Otros: insomnio o somnolencia, cefalea, disfunción sexual, inquietud y acatisia (MIR).
  - Sdr de retirada: especialmente en los de t1/2 corta
- No tienen contraindicaciones absolutas (MIR).
  - No deben asociarse con IMAOs.
  - Periodo de lavado antes de iniciar tto con IMAOs: 1-2 semanas, excepto con la fluoxetina 4-5 semanas.



### 3.2. INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA – IRSN

- Inhibición dual y selectiva de la recaptación de 5HT y NA.
  - Sinergia farmacológica: mayor eficacia antidepressiva.
- Venlafaxina y Duloxetina
- Contraindicaciones relativas: HTA de difícil control.

### 3.3. ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS – ADT

- Amitriptilina, Clomipramina, Desimipramina, Doxepina, Imipramina, Nortriptilina, Trimipramina (MIR).
- 5 acciones a nivel receptorial en SNC:
  - terapéuticas: inhibición de la recaptación de 5HT y NA (MIR).
  - efectos adversos: antagonismo receptores anticolinérgico-muscarínicos M1, antagonismo de receptores alfa-adrenérgicos y antagonismo receptores histamínicos H1.

#### Indicaciones:

- Trastornos depresivos: tratamiento agudo y de mantenimiento.
- Trastornos de ansiedad: TOC (sólo la clomipramina –el más serotoninérgico-).
- Otros: bulimia, dolor crónico (amitriptilina), enuresis (imipramina), prevención de migraña.

#### Efectos adversos:

- **Efectos anticolinérgicos:**
  - Centrales: confusión, trastorno de memoria, temblor, disminución del umbral convulsivo.
  - Periféricos: visión borrosa, midriasis, sequedad de boca, estreñimiento (MIR), retención urinaria (MIR).
- **Efecto anti-alfa-adrenérgico:** hipotensión ortostática central, mareos.
- **Efecto antihistamínico:** sedación, aumento de peso.
- **Efectos 2º cardiovasculares:**
  - Palpitaciones, taquicardia.
  - Alteraciones ECG: efecto quinidina-like; prolongación QTC y PR, ensanchamiento QRS, depresión segmento ST, aplanaamiento onda T, aparición onda U (MIR).
  - Taquiarritmias ventriculares.
  - En sobredosis: arritmias mortales.
- Otros: convulsiones (raras), reacciones confusionales en ancianos en tto con antiACh, disfunción sexual, aumento de peso-apetito, temblor, síndrome de retirada, náuseas, vómitos (MIR).
- Ante la triada: **arritmias, convulsiones y síntomas anticolinérgicos**, sospechar intoxicación aguda por tricíclicos.

#### Contraindicaciones:

- **Absoluta:** IAM reciente.
- **Relativas:** glaucoma de ángulo cerrado, hipertrofia prostática, epilepsia, ancianos con parkinson en tto con agentes anticolinérgicos, primer trimestre del embarazo (MIR).

#### Interacciones medicamentosas:

- Evitar con antihistamínicos, anticolinérgicos, antihipertensivos, simpaticomiméticos, alcohol y metildopa.
- Antidepressivos tricíclicos + IMAOS: Evitar en lo posible.
  - Paso de IMAOS a antidepressivos tricíclicos: esperar 2-3 semanas.
  - Paso de antidepressivos tricíclicos a IMAOS: Unos días.

### 3.4. INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA – IMAOs

- Mecanismo de acción: inhibición irreversible de la principal enzima degradadora de las monoaminas cerebrales (MAO, en su formas A –degrada las monoaminas cerebrales principalmente- y B –degrada la tiramina-)
- La inhibición de la MAO alcanza el máximo a los 5-10 días de iniciado el tratamiento
- La recuperación se produce a las 2 semanas de interrumpir el tratamiento
- Tranilcipramina (MIR)
- Se evitará su uso con alimentos ricos en tiramina por riesgo de crisis hipertensivas (quesos fermentados, ahumados, patés, embutidos, hígado, caviar; plátanos, aguacates, higos; vino, cerveza) (MIR)

#### A. Uso clínico

- NO son fármacos de 1ª elección. Se usan en
- Depresión refractaria y atípica, especialmente con síntomas ansiosos, fóbicos y obsesivos
- Trastornos de ansiedad: TAS y TPK

#### B. Efectos adversos

- Hipotensión ortostática, anticolinérgicos, náuseas, temblor, aumento de peso, disfunción sexual, insomnio, parestias en piernas, edema en tobillos, mioclono
- Crisis hipertensiva grave si se ingieren alimentos ricos en tiramina: cefalea occipital, palpitaciones, taqui o bradicardia, hiperpirexia, náuseas, vómitos, sudoración, hemorragia cerebral, IAM
  - Reversibles con fentolamina (5-10 mg IV) o nifedipino (20 mg sl)

#### C. Contraindicaciones

- Hepatopatías severas, diabetes, insuficiencia cardiaca, enf hipertensiva complicada.

#### D. Interacciones medicamentosas

- Con fármacos simpaticomiméticos, antihipertensivos, antihistamínicos, aumento de la sensibilidad a la insulina, antidiabéticos orales, morfina y meperidina, barbitúricos, fenitoínas.
- Potencia la acción de anestésicos, alcohol, benzodiazepinas, anticolinérgicos, opiáceos y otros antidepressivos.
- Antes de instaurar tratamiento con IMAOS deben dejarse 1-2 semanas libres de tricíclicos, ISRS (excepto fluoxetina: 4-5 semanas) e IRSN.

#### 4. SALES DE LITIO

- Absorción oral. **NO** sufre metabolismo; se elimina sin cambios por la orina
- La mayor parte es reabsorbido por túbulo proximal compitiendo con el Na, lo que significa más posibilidades de intoxicación en estados de hiponatremia como: dietas hiposódicas, empleo de diuréticos fiazídicos, deshidratación, sudoración excesiva o insuficiencia renal (MIR).
- Antes del inicio del tratamiento se recomienda ECG, determinación de urea, creatinina, y glucemia, así como pruebas de función tiroidea y renal y test de embarazo (MIR).
- **MARGEN TERAPÉUTICO MUY ESTRECHO:** litemias: tratamiento agudo: 0,5-1,5 mEq/l; de mantenimiento: >0.8 mEq/l; niveles tóxicos: >1.5 mEq/l.
  - La dosis diaria habitual 400-1600 mg/día. En ancianos no suele necesitarse más de 900 mg/día (MIR).
- Deben hacerse litemias semanales durante el primer mes, mensuales durante 6 meses y luego trimestrales (MIR).
  - Deben pasar 12 horas entre la última toma y la determinación analítica y 5 días entre la modificación de dosis y la determinación analítica.
- Bioquímica, T4, TSH, creatinina, urea y orina cada 6-12 meses; ECG anual (MIR).

#### 4.1. INDICACIONES (MIR)

Efectivo en el 40-50% de los pacientes

- Tratamiento agudo del trastorno bipolar (manía, hipomanía y depresión)
  - NO en episodios mixtos o cicladores rápidos (Carbamacepina)
- Prevención de recurrencias en los trastornos afectivos (especialmente bipolares)
- Trastornos esquizoafectivos, trastornos psicóticos episódicos, trastornos de conducta, comportamiento agresivo

#### 4.2. EFECTOS ADVERSOS

- Gastrointestinales: dispepsia, náuseas, vómitos, diarrea....
- Aumento de peso: por retención hídrica
- Edema
- SNC: temblor, sedación, disminución cognición, incoordinación
- Renal (MIR): disminución de filtrado, fibrosis intersticial, atrofia tubular, esclerosis glomerular, diabetes insípida nefrogénica (poliuria con polidipsia secundaria) e incluso insuficiencia renal irreversible (contraindicación de litio)
- Endocrino: a largo plazo hipotiroidismo (MIR) (en el 3%; + en mujeres), puede aparecer bocio (MIR)
- Cardiovascular: t de la actividad del nodo sinusal: mareos y síncope (MIR)
- Dermatológicos: erupciones, acné, exacerbación de la psoriasis, alopecia
- Hematológicos: leucocitosis, neutrofilia, linfopenia
- Teratogenicidad: malformaciones cardiovasculares -Sdr de Ebstein (3%)

#### 4.3. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

AUMENTO DE LA LITEMIA (MIR)	DISMINUCIÓN DE LA LITEMIA
1. Diuréticos ahorradores de potasio 2. Diuréticos fiazídicos 3. IECAS 4. AINES 5. Dieta pobre en sal 6. Vómitos, diarrea o sudoración excesiva	1. Diuréticos osmóticos 2. Inhibidores de la anhidrasa carbónica 3. Xantinas 4. Dieta rica en sal

No alteran la litemia la mayoría de los otros psicofármacos ni los anticoncepcionales orales (importante porque es potencialmente teratogénico)

#### 4.4. INTOXICACIÓN

- Litemia 1,5-2 mEq/l: Síntomas gastrointestinales. Vómitos, dolor abdominal. Síntomas neurológicos: Ataxia, temblor grueso, disartria, letargo, debilidad muscular, mareos, nistagmo.
- Litemia 2,0-2,5 mEq/l: Aumento de sint gastrointestinales. Sint neurológicos: visión borrosa, fasciculaciones, hiperreflexia tendinosa, convulsiones, delirium, cambios en EEG, estupor o coma.
- Litemia > 2,5 mEq/l: Convulsiones, oliguria e insuficiencia renal, muerte.

#### 4.5. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN

- Medidas de soporte, ingreso en UCI, suero salino. Diálisis en litemias superiores de 2 mEq/l.

#### 4.6. OTROS ESTABILIZADORES DEL HUMOR

Valproato, Carbamacepina, Oxcarbamacepina, Lamotrigina, Topiramato.

#### 5. FÁRMACOS ANTIDEMENCIA

- Estimulan la neurotransmisión colinérgica, con lo que mejoran o al menos enlentecen el deterioro de la memoria en la Enfermedad de Alzheimer (EA). También mejoran los síntomas comportamentales.

#### 5.1. INDICACIONES

- Anticolinesterásicos: (donepezilo, galantamina y rivastigmina) EA leve o moderadamente grave
- Antagonistas de receptores NMDA: (memantina) EA moderadamente grave



## 5.2. EFECTOS ADVERSOS

- Anticolinesterásicos: gastrointestinales, mareos, cefaleas, fatiga, astenia y sudación
- Antagonistas de receptores NMDA: mareos, cefaleas, estreñimiento

## 6. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA - TEC

---

- Provoca sobre el SNC crisis cómicas generalizadas, de tipo tónico-clónico, con una duración total para toda la serie de 20 a 25 sg.

### 6.1. INDICACIONES

- Trastornos afectivos (es la principal indicación): Depresión con síntomas psicóticos, Depresión con elevado riesgo de suicidio (MIR), Depresión resistente, Estados de inhibición o agitación intensa, Cuando están contraindicados los AD, Tratamiento profiláctico en TDR
- Trastornos psicóticos: Confusión grave no orgánica, Agitación importante, Catatonía, Casos resistentes a distintos APS

### 6.2. CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones absolutas

### 6.3. EFECTOS ADVERSOS

- Mortalidad: 1 / 10.000 pacientes (0.01%)
- Cardiovasculares: arritmias
- Neuropsiquiátricas: convulsiones prolongadas (si >3 m debe tratarse), confusión (5-10%), amnesias ante o retrógradas que se recuperan tras semanas, cefaleas y dolores musculares.



# 1. Delirium (síndrome confusional agudo)

**SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO** caracterizado por disfunción cerebral **AGUDA** generalizada, en la cual el hecho más importante es el deterioro fluctuante del nivel de conciencia y de la atención (7MIR).

- **Alteración cerebral global:**
  - Alteraciones de la percepción: ilusiones y alucinaciones, sobre todo visuales (4MIR).
  - Ideación delirante transitoria (2MIR).
  - Deterioro del razonamiento y comprensión.
  - Deterioro de la memoria inmediata y reciente.
  - Dificultades de atención (MIR).
  - Desorientación temporal, y en casos graves espacial y de persona (falsos reconocimientos) (2MIR).
- Trastorno del ciclo sueño-vigilia (inversión) (MIR).
- Trastornos emocionales: irritabilidad, miedo, euforia, apatía, perplejidad, ansiedad (MIR)
- Trastorno psicomotor: hipo o hiperactividad con agitación, agresividad (MIR).
- Puede haber signos neurológicos inespecíficos (temblor, asterixis, nistagmo, falta de coordinación motora, incontinencia urinaria) (MIR).

MIR 00 (6720): ¿Cuál de las siguientes características es más útil para distinguir el cuadro confusional agudo de la demencia?:

1. Disminución de la capacidad de ATENCIÓN.\*
2. Desorientación.
3. Alucinaciones.
4. Afectación de la memoria.
5. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

MIR 02 (7399): ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA** respecto del delirium o síndrome confusional?:

1. Su principal característica clínica es la presencia de creencias falsas, irreductibles a la argumentación lógica y que no guardan relación con el entorno cultural del paciente.\*
2. Su principal característica clínica es la alteración de la conciencia.
3. Suele asociarse a alteraciones globales de las funciones cognitivas.
4. Se acompaña a menudo de alteraciones del humor, la percepción y el comportamiento.
5. No es infrecuente la presencia de temblor, asterixis, nistagmo, falta de coordinación motora e incontinencia urinaria.

MIR 11 (9686) La coexistencia de alucinaciones y de alteraciones de la conciencia es sugestiva de:

1. Los estados ansiosos.
2. Los estados confusionales\*.
3. Los estados depresivos.
4. Los estados maníacos.
5. Los estados psicóticos.

MIR 12 (9931) La existencia de alucinaciones y de alteraciones de la conciencia es propio de:

1. Los estados ansiosos.
2. Los estados confusionales\*.
3. Los estados depresivos.
4. Los estados maníacos.
5. Los estados psicóticos.



©Curso Intensivo MIR Asturias

## 1.1. Epidemiología

- En el 30-40% de los ancianos hospitalizados (MIR).
- Factores de riesgo: mayores de 60 años, hospitalización, comorbilidad orgánica, daño cerebral previo (demencia, ACV, tumor), historia previa de delirium.

## 1.2. Etiología

- **Orgánica:** enfermedades metabólicas, infecciosas (sobre todo infección de orina), neurológicas, intoxicación o abstinencia de agentes tóxicos o farmacológicos (4MIR). Relación temporal próxima entre la enfermedad y el síndrome confusional agudo.

## 1.3. Curso

- Inicio repentino (días u horas).
- Curso breve y fluctuante con empeoramiento vespertino (noche).
- Mejoría rápida cuando se identifica y elimina el factor causal (MIR).
  - Duración inferior a 6 meses. Habitualmente dura menos de 1 mes (MIR).
- Puede evolucionar hacia demencia.

## 1.4. Tratamiento

**ANTIPSICÓTICOS DE ELEVADA POTENCIA:**

- A poder ser oral: risperidona (atípico) o haloperidol a dosis bajas.
- Si IM de elección haloperidol (el más seguro si existe cardiopatía).
- Si gran agitación, sujeción mecánica para evitar auto y hetero-lesiones (MIR).

MIR 03 (7662): Un hombre de 73 años con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica está ingresado en una planta de Medicina Interna tras ser atendido en Urgencias por una Insuficiencia Respiratoria Global, secundaria a una Infección Respiratoria. Durante su segunda noche en el hospital, presenta agitación, desorientación temporal y espacial, falsos reconocimientos, insomnio y agresividad verbal y física hacia el personal cuidador. El paciente se arranca la mascarilla de oxígeno y las vías de perfusión. Es portador de una prótesis de cadera derecha. La enfermera de turno le avisa a Vd., que es el médico de guardia. ¿Cuál de los siguientes comportamientos asistenciales es correcto en el contexto clínico descrito?:



1. Invitar al paciente a firmar el Alta Voluntaria, previa información de los riesgos derivados del no tratamiento de su condición patológica.
2. No iniciar ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico al tratarse de un problema psiquiátrico.
3. Proceder a la sujeción mecánica del paciente para posibilitar su sedación mediante la administración de cloracepato dipotásico por vía I.M.
4. Proceder a la sujeción mecánica del paciente para posibilitar su sedación mediante la administración de haloperidol por vía I.V. y la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se estimen indicados.\*
5. Proceder a la sujeción mecánica del paciente, evitando sedación de ningún tipo, aislándolo en una habitación insonorizada.

\*ACTUALMENTE NO IV, ADMINISTRAR IM

MIR 06 (8443): Un paciente de 68 años, hospitalizado por fractura del cuello del fémur, asegura que es objeto de persecución y víctima de un complot, y protesta de que la enfermera no le hace caso, como si estuviera de acuerdo con sus perseguidores. Ante un cuadro así, lo primero que habría que explorar es:

1. Si hay una historia psiquiátrica previa.
2. Si el contenido del pensamiento es delirante.
3. Si el paciente está orientado y es capaz de fijar su atención.\*
4. Si el paciente es capaz de autocrítica.
5. Si el comportamiento de la enfermera ha sido adecuado.

MIR 07 (8703): Un señor de 60 años, empleado de comercio, acude a urgencias acompañado de su familia; éstos cuentan que el día anterior, de forma bastante brusca, comenzó a decir cosas raras, a no responder a lo que le preguntaban y a mostrarse confuso incluso a su propio nombre. Efectivamente en la exploración parece no entender lo que se le pregunta, no recuerda nada de lo que ha pasado y no sabe ni el día, ni el lugar en el que está. El diagnóstico sería:

1. Psicosis breve.
2. Delirium.\*
3. Alzheimer.
4. Esquizofrenia.
5. Trastorno de ansiedad.

MIR 07 (8599) NEUROLOGÍA: Acude a urgencias un paciente de 80 años que presenta desde hace 2 días alteración del nivel de consciencia de forma fluctuante con lenguaje incoherente, agitación y desorientación. La familia refiere que durante la última semana al paciente se le ha prescrito lormetazepam por dificultad para conciliar el sueño. En la exploración física el paciente se encuentra afebril con TA 140/70 y sin focalidad neurológica motora ni sensitiva, con lenguaje incoherente y agitado. La frecuencia cardiaca era rítmica a 65 lpm. ¿Cuál de las afirmaciones le parece correcta?:

1. Se trata de un paciente que ha sufrido un accidente vascular cerebral y debe realizarse una TAC cerebral urgente y administrar benzodiacepinas para controlar la agitación.
2. Se trata de una clínica sugestiva de crisis comicial y debe realizarse un electroencefalograma urgente y administrar benzodiacepinas endovenosas.
3. Se trata de un delirium y debe retirarse el lormetazepam y administrar un neuroléptico para controlar la agitación.\*
4. Debería realizarse una punción lumbar para descartar posible etiología infecciosa.
5. Se trata de un efecto indeseable del lormetazepam que desaparecerá al cabo de unos días sin ser necesario retirar medicación.

MIR 09 (9125) NEUROLOGÍA: Un paciente de 78 años, previamente sano, presenta una clínica de varias horas de evolución de alteración del nivel de consciencia y de las funciones mentales superiores, con tendencia a la apatía y a la somnolencia. Tiene trastornos de la percepción, con algunas alucinaciones. A su familia lo que más les extraña es que el cuadro sea muy fluctuante, pues pasa de estar casi dormido a agitarse y vociferar, y a ratos parece estar lúcido. Pensaría:

1. Trastorno histérico de la personalidad.
2. Síndrome confusional agudo.\*
3. Ictus en territorio de la arteria cerebral media derecha.
4. Inicio de demencia.
5. Angiopatía amiloide.

## 2. Síndrome amnésico orgánico

Síndrome caracterizado por deterioro marcado de la memoria reciente y remota conservando la memoria inmediata (Diagnóstico diferencial: en demencia la última memoria en deteriorarse es la remota).

Características:

- Antecedentes o presencia objetiva de lesión o enfermedad cerebral (MIR).
- Trastornos de la memoria:
  - Amnesia anterógrada o de fijación: incapacidad para aprender cosas nuevas.
  - Amnesia retrógrada o de evocación: dificultad para recuperar la información.
- No afectación de la memoria inmediata.
- No afectación de la atención, conciencia, ni deterioro intelectual.
- Puede haber: confabulaciones (invenciones que rellenan vacíos de memoria, no hay conciencia de lo erróneo o irreal del relato), desorientación temporal, alteraciones emocionales y falta de conciencia de enfermedad.

### 2.1. Amnesia global transitoria

- Amnesia total súbita, de varias horas de duración y recuperación completa (MIR). No otros signos neurológicos. El comportamiento es normal o casi normal, salvo repetición de la misma pregunta muchas veces (MIR). Durante el periodo sintomático no es capaz de retener nuevos recuerdos, y cuando este periodo termina no será capaz de recordar lo sucedido.
- Más frecuente en mediana edad y ancianos. Suele tener un desencadenante físico (sumergirse en agua fría, esfuerzo físico...) o emocional (recibir información desagradable, discusiones intensas...). No son raros los antecedentes de migraña e hipertensión (MIR).

MIR 06 (8439): Una paciente de 62 años, con antecedentes de leve hipertensión bien controlada, es traída a urgencias por haber presentado en las últimas horas, con inicio relativamente brusco, confusión mental, desorientación temporal, preguntas reiterativas, e incapacidad para recordar nada de lo dicho o sucedido recientemente, sin trastornos motores, sensitivos ni de la conciencia. Cuando es explorada, cuatro horas después del inicio, se encuentra ya mucho mejor, y muestra un rendimiento cognitivo y una exploración neurológica normales, pero no recuerda nada de lo sucedido. Probablemente ha sufrido:

1. Una demencia aguda transitoria.
2. Un ataque de histeria conversiva.
3. Una intoxicación por CO.
4. Una amnesia global transitoria.\*
5. Un cuadro psicótico.





## 3. Demencias

### 3.1. Definición

- Síndrome de deterioro cognitivo global, de CURSO PROGRESIVO, preservando el nivel de vigilancia -DD con delirium- (MIR).
- Interferencia con el rendimiento social y laboral del individuo.
- El deterioro cognitivo global incluye afectación de la memoria, orientación y lenguaje (2MIR).



© Curso Intensivo MIR Asturias

MIR 04 (8014): En la cuarta edición del DSM-IV la demencia se define como:

1. Una alteración de la conciencia y de la cognición por un breve período de tiempo.
2. Un deterioro de múltiples funciones cognoscitivas, incluida la alteración de la memoria, pero no de la conciencia.\*
3. Un deterioro progresivo de la memoria que puede desarrollarse en ausencia de otros trastornos significativos.
4. Un trastorno neuropsiquiátrico complejo de índole orgánica, que incluye deterioro, delirio y alucinaciones.
5. La alteración neuropsiquiátrica presente en una amplia lista de enfermedades cuyo denominador común es la incapacidad para la integración familiar y social.

### 3.2. Prevalencia

Aumenta con la edad:

- 1% en menores de 50 años.
- 5% entre los mayores de 65 años (se duplica cada 5 años a partir de los 65).

### 3.3. Etiología

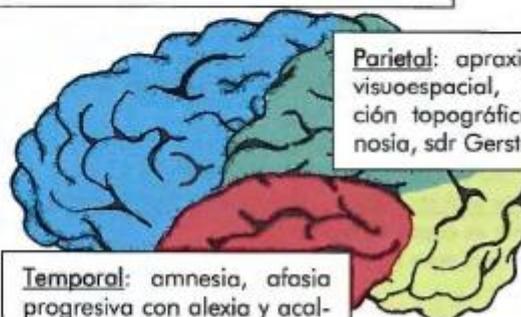
- Todas las agresiones del cerebro, sean de causa degenerativa, tóxica (alcoholismo, intoxicación por CO), metabólica, traumática, infecciosa, tumoral o vascular.
  - La causa más común de demencia en los países occidentales es la **Enfermedad de Alzheimer (EA)**, demencia degenerativa o senil (45%).
  - Demencia por cuerpos de Lewy (DCL).
  - Demencia Vascular (DV). Cuando se asocia a otra se denomina demencia mixta.
  - EA, DV, DCL y demencia frontotemporal constituyen el 95% de los casos.
- En niños y jóvenes las principales causas son tumores cerebrales, enfermedades degenerativas (Huntington, leucodistrofia), drogas, traumatismos, infecciones (SIDA, Creutzfeldt-Jakob, panencefalitis esclerosante subaguda) y alteraciones metabólicas (adrenoleucodistrofia, Wilson).
- Contexto genético: patrón Autosómico Dominante en Huntington y un porcentaje de Alzheimer, Creutzfeldt-Jakob y demencia frontotemporal, mientras que la enfermedad de Wilson se transmite con patrón Autosómico Recesivo.

### 3.4. Clasificación anatómico-clínica

La distinción entre demencias cortical y subcortical es compro-

- **DEMENCIAS CORTICALES:** signos neuropsicológicos de lesión cortical (afasia, agnosia, apraxia).
  - Las estructuras cerebrales profundas están indemnes (se mantienen vigilia, atención y deambulación).
  - Pueden presentar síndromes lobulares corticales (frontal, parietal, temporal) o como una combinación de éstos:
    - Alzheimer: fronto-témporo-parietal.
    - Pick: fronto-temporal.

**Frontal:** alteración de personalidad, comportamiento social, funciones ejecutivas superiores (abstracción, razón, solución de problemas), perseveración, abulia, afasia, agrafia, reflejo prensión positivo, hiperfagia, incontinencia de esfínteres.



**Parietal:** apraxia, agnosia visuoespacial, desorientación topográfica, anosognosia, sdr Gerstman.

**Temporal:** amnesia, afasia progresiva con alexia y acalculia.

- **DEMENCIAS SUBCORTICALES:**

Características: lentitud de procesamiento mental y alteraciones de la marcha. Ejemplos:

- Demencia por cuerpos de Lewy (DCL), demencia vascular, hidrocefalia normotensiva, demencia SIDA, esclerosis múltiple y las enfermedades de Parkinson y Huntington.

### 3.5. Pruebas diagnósticas

Descartar causas tratables de demencia:

- **Análítica:** hemograma, VSG y bioquímica (electrolitos séricos, función hepática y renal, glucosa).
- **Hormonas tiroideas.**
- **Ácido fólico y vitamina B12.**
- **Serologías de Lúes y VIH.**
- **Cobre y ceruloplasmina:** si sospechamos enfermedad de Wilson.
- **Análisis de orina.**
- **Rx de tórax y electrocardiograma.**
- **EEG:** enlentecimiento generalizado, con escasa especificidad.
- **Evaluación neuropsicológica:** El test más usado es el mini-examen cognoscitivo. Otros: Weschler, Camdex, Camcog.
- **TAC craneal.**
- **Resonancia magnética** en función de la clínica y del TAC. Aporta datos para el diagnóstico de algunas demencias vasculares y enfermedades degenerativas (parálisis supranuclear progresiva, atrofia olivo-pontocerebelosa,...).
- **PET Y SPECT:** no se usan rutinariamente. En EA vemos hipometabolismo e hipovascularización témporo-parietal bilateral.
- Los estudios genéticos NO están indicados en la evaluación rutinaria de una demencia.

MIR 03 (7558): Todas las siguientes pruebas complementarias son recomendadas en la rutina diagnóstica de la demencia, **MENOS** una ¿cuál es ésta?:

1. Electrolitos séricos.
2. Serología luética.
3. TAC cerebral.
4. Genotipo ApoE.\*
5. Función tiroidea.

## 4. Enfermedad de Alzheimer

### 4.1. Clínica

- Demencia cortical fronto-témporo-parietal .
- Aggravamiento nocturno de los síntomas (al igual que en el delirium).

#### FASES INICIALES:

- La alteración principal es el trastorno de memoria, que suele ser la manifestación inicial.
- Primero la memoria reciente con amnesia anterógrada, en fases avanzadas se deteriora la memoria remota. Se asocia con desorientación progresiva temporal y espacial.
- Síndrome afasia-apraxia-agnosia:
- Afasia: suele comenzar con dificultades nominativas y circunloquios, posteriormente se afecta la comprensión y finalmente la fluencia.
- Apraxia y dificultades visuoespaciales: dificultad para realizar tareas motoras secuenciales aprendidas (vestirse, comer, resolver puzzles, copiar figuras geométricas).
- Agnosia o incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las experiencias sensoriales:
  - **Visual:** incapacidad para reconocer objetos o personas.
  - **Anosognosia:** no reconoce la enfermedad.
  - **Astereognosia:** incapacidad para reconocer objetos mediante el tacto.
  - **Prosopagnosia:** incapacidad para reconocer caras.
  - **Somatoagnosia:** incapacidad para reconocer una parte del cuerpo como propia.
- No hay alteración del nivel de conciencia –DD con delirium-.

#### FASES AVANZADAS

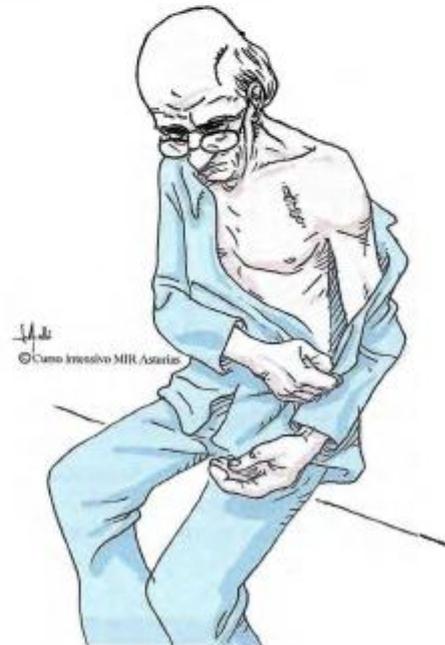
- Alteraciones de personalidad y del comportamiento con agresividad y agitación o mutismo y pasividad .
- Puede haber clínica psicótica con delirios (normalmente poco organizados) y alucinaciones. Hasta el 10% sufre el síndrome de Capgras (piensan que hay impostores sustituyendo a familiares/cuidadores).
- Al final los pacientes presentan alteraciones de la marcha con parkinsonismo, dificultades para la deglución y suelen fallecer por alteraciones nutricionales e infecciones frecuentemente por broncoaspiración.
- Un 10% presenta crisis comiciales. Son frecuentes las mioclonías multifocales en fases avanzadas. La angiopatía amiloidea suele asociarse a hemorragias lobares corticales.
- El curso hasta el fallecimiento suelen ser 8-10 años, aunque a veces puede ser más rápido o incluso sobrevivir más de 20 años.

### 4.2. Factores de riesgo

- **EDAD AVANZADA:** El más importante.
- Sexo femenino.
- Bajo nivel educativo.
- Traumatismos craneales.
- Enfermedad arteriosclerótica intensa.
- Antecedentes Familiares:
  - Demencia (x 3,5):
    - 10% genéticamente determinada (AD): APP, presenilinas 1 y 2. El inicio de suele ser a edades más jóvenes.
    - La Apolipoproteína E (apo-E) tiene tres alelos (E2, E3 y E4):
      - E2 de la apo-E: efecto protector, pero curiosamente más amiloidosis cerebral, que se asocia a EA.
      - Genotipo apo-E 3/4 o 4/4: aumenta el riesgo.
  - Down: x 2,7

**MIR 08 (8964):** Un hombre mayor es llevado a urgencias por la policía municipal. Cuentan los policías que deambulaba por la calle sin poder explicar donde vivía. Está correctamente vestido aunque con zapatillas de casa y no es capaz de decir cuál es su domicilio. Se muestra algo inquieto y dice que su hija irá a buscarle aunque no recuerda su teléfono. Es incapaz de responder a preguntas sencillas como su edad, el nombre de su hija o un teléfono. No existen alteraciones de otro tipo. El diagnóstico sería:

1. Trastorno psicótico.
2. Trastorno depresivo.
3. Trastorno por abuso de alcohol.
4. Trastorno bipolar.
5. **Demencia.\***



### 4.3. Hallazgos biológicos

#### NEUROQUÍMICA:

- **Disminución de la actividad colinérgica** (hasta del 90%) por pérdida de neuronas del núcleo basal de Meynert que sintetizan acetilcolina. Disminución de acetilcolina y CAT (colina acetil transferasa).
- Otros: disminución de actividad serotoninérgica, noradrenérgica y de somatostatina, sustancia P, vasopresina y otros neuropeptidos.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA:

**Placas y ovillos de degeneración neurofibrilar:** más abundantes que en envejecimiento normal y localizadas en zonas de asociación cortical. Constituidas por agregación de la proteína intraneuronal tau, lo que provoca la muerte neuronal.

**Placas neuríticas:** placas seniles extracelulares formados por núcleo central de péptido amiloide  $\beta$  rodeado de axones y dendritas (neuritas) anómalos. Menos específicas.

**Pérdida de neuronas** en lóbulos frontal y temporal (típicamente en núcleo basal de Meynert o sustancia innominada que provoca pérdida de sinapsis).

### 4.4. Pruebas complementarias

#### NEUROIMAGEN: Tomografía Axial Computarizada y RM

- Su objetivo principal es descartar otras patologías.
- **Atrofia cortical generalizada** pero de predominio sobre zonas de asociación cortical (unión entre lóbulos parietal y temporal, y sistema límbico).
- **Dilatación de ventrículos laterales** (aumento de astas laterales) y tercer ventrículo.

#### LCR: no es necesario de rutina.

- LCR básico normal. A $\beta$  42 disminuido, tau hiperfosforilado aumentado.



## 4.4. Tratamiento

**Farmacoterapia:** enlentecimiento del deterioro cognitivo progresivo y mejoría de los síntomas comportamentales durante 9-12 meses.

- **Anticolinesterásicos** (inhibidores de la colinesterasa). Frecuentemente producen cólicos abdominales por incrementar la actividad colinérgica parasimpática (pueden producir mareos y empeorar los bloqueos AV).
  - Donepezilo.
  - Rivastigmina.
  - Galantamina.
- **Antagonistas de los receptores NMDA** (receptores del glutamato): Memantina. Mejora unos meses memoria y aprendizaje.
- **Tratamiento sintomático**
  1. **Síntomas psicóticos:** antipsicóticos.
  2. **Insomnio:** antipsicóticos o antidepresivos sedantes.
  3. **Depresión:** antidepresivos ISRS.
  4. **Trastornos de conducta:** antipsicóticos.
  5. **Crisis convulsivas:** anticonvulsivantes.
  6. **Alteraciones de la deglución:** sonda nasogástrica.
  7. **Prevención de úlceras** de decúbito.
  8. **Consejos a la familia:** hacer vida rutinaria, no cambios de domicilio...

**MIR 01 (7035):** Los fármacos anticolinesterásicos (donepezilo y rivastigmina) en la enfermedad de Alzheimer:

1. Son eficaces sólo en los pacientes en estadio leve de demencia.
2. **Mejoran el rendimiento cognitivo, los defectos funcionales y los trastornos de conducta.\***
3. Producen mejorías escasas en todos los pacientes.
4. Deben utilizarse en la dosis menor posible.
5. Tienen efectos secundarios cardiovasculares potencialmente graves.

## 5. Otras demencias

### 5.1. Demencia por cuerpos de Lewy (DCL)

La DCL representa hasta un 30% de los casos inicialmente etiquetados de EA. Se denomina así por la presencia de inclusiones intracitoplasmáticas con positividad para los anticuerpos frente a sinucleína  $\alpha$  en las neuronas de la corteza (**cuerpos de Lewy**). Los cuerpos de Lewy también muestran agregación en la enfermedad de Parkinson (EP).

**CARACTERÍSTICAS:**

- **Alteraciones extrapiramidales leves:** cara de máscara, bradicinesia y alteración de la marcha.
- **Alucinaciones visuales** desde fases iniciales (en Alzheimer y Parkinson en fases avanzadas).
- **Cambios súbitos y fluctuantes de atención, cognición y vigilia.**
- **Trastorno del comportamiento** relacionado con el sueño REM (aparece en DCL o EP): no muestran parálisis durante esta fase y presentan movimientos actuando en los sueños.
- **Disminución de acetilcolina y CAT.**
- **Hipersensibilidad a fármacos:**
  - o Los fármacos usados en EP como L-dopa pueden producir alucinaciones.
  - o Los antipsicóticos producen aparición de signos extrapiramidales.

**Diagnóstico:** en el EEG alteraciones marcadas con brotes intermitentes de ondas lentas

**TRATAMIENTO:**

- o **Inhibidores de la colinesterasa:** estabilizan la función cognitiva y pueden reducir las alucinaciones durante meses.
- o **BZD de acción prolongada** ayudan a suprimir el trastorno del comportamiento relacionado con el sueño REM.

**MIR 00 (6770):** Un paciente de 68 años, sin antecedentes neurológicos, psiquiátricos ni tratamientos farmacológicos previos, presenta desde hace 8 meses deterioro mental progresivo, fluctuaciones en su nivel de atención y rendimiento cognitivo, alucinaciones visuales y en la exploración neurológica, signos parkinsonianos leves. Probablemente sufre una:

1. Enfermedad del Alzheimer.
2. Demencia vascular.
3. **Demencia con cuerpos de Lewy.\***
4. Enfermedad de Huntington.
5. Psicosis hebefrénica.

**MIR 10 (9443):** Un hombre de 67 años acude a la consulta presentando un deterioro cognitivo progresivo y de rápida evolución (meses) que afecta preferentemente a las funciones corticales prefrontales (fluencia verbal, funciones ejecutivas) y parietales (función visual-constructiva). También destaca un déficit en la capacidad atencional, preservación de la capacidad mnésica, síntomas psicóticos que incluyen alucinaciones visuales y olfativas e ideas delirantes secundarias, síntomas extrapiramidales (parkinsonismo acinético) y neurovegetativos, alteraciones en la marcha y notable fluctuación de la gravedad de la clínica de un día para otro. El cuadro clínico sugiere:

1. Una demencia tipo Alzheimer.
2. Una demencia vascular.
3. Una demencia-SIDA.
4. **Una demencia por cuerpos de Lewy.\***
5. Una demencia de Pick.

### 5.2. Demencia vascular

La demencia vascular (DV) debida a infartos cerebrales es la causa más frecuente de demencia tras EA y DCL. Aproximadamente el 20% de pacientes con ictus desarrollará demencia. Los infartos que provocan demencia suelen ser infartos situados en áreas críticas, **infartos múltiples** de tamaño grande o pequeño (lacunar) o infartos que afectan casi exclusivamente a sustancia blanca (enfermedad de Binswanger). Puede aparecer superpuesta a una EA (demencia mixta).

**CARACTERÍSTICAS:**

- **SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES:** disartria, hemiparesia, hemianopsia, ataxia, parálisis pseudobulbar, afasia.
- Más síntomas de ansiedad y depresión.
- Neuroimagen: presencia > lesiones isquémicas.
- La hipertensión es un fuerte factor de riesgo para la DV y la estabilización de la TA produce estabilización de la clínica y mejoría funcional.
- Inicio agudo y curso fluctuante, con empeoramientos bruscos y recuperaciones parciales.
- La **escala de Hachinski** tiene por objetivo distinguir entre demencias vascular y degenerativa.

**FORMAS ESPECIALES:**

- **C.A.D.A.S.I.L.** (acrónimo de Arteriopatía Cerebral Autosómica Dominante con Infartos Subcorticales y Leucoencefalopatía). Se relaciona con el **cromosoma 19** (misma región que la migraña hemipléjica familiar). Es una demencia familiar vascular con **engrosamiento de la media** y reduplicación de la elástica interna. No presenta calcificaciones ni depósitos de amiloide. Cursa con ictus de repetición y leucoaraiosis.
- **AMILOIDOSIS FAMILIAR:** en relación con un gen del **cromosoma 20**. Cursa con crisis convulsivas e ictus de repetición.

**MIR 97 (5327):** Un enfermo con hipertensión, cefaleas, mareos, con un cuadro de curso fluctuante y bruscos empeoramientos de incontinencia emocional, disfasia, deterioro de la memoria y signos neurológicos focales transitorios, padece muy probablemente:

1. Síndrome de Korsakoff.
2. Demencia de Alzheimer.
3. Demencia por hematoma subdural.
4. **Demencia multifarcto.\***
5. Síndrome de Ganser.

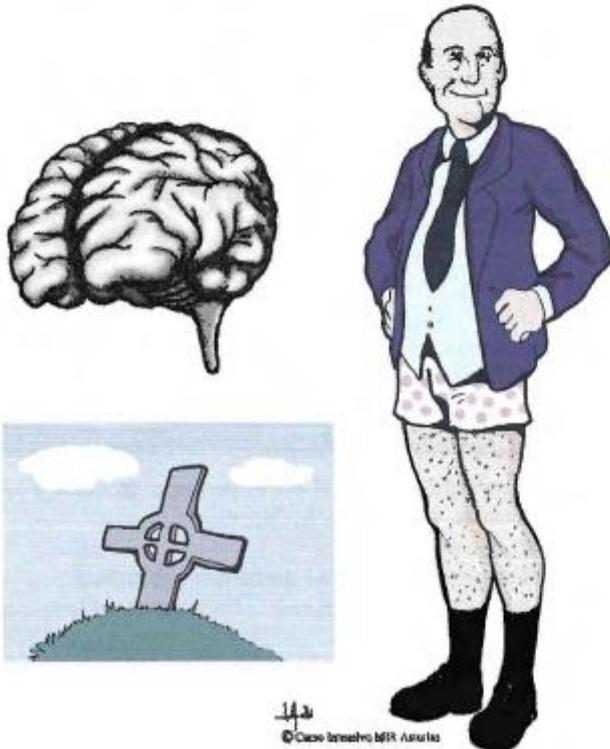


### 5.3. Demencia fronto-temporal (DFT)

Síndrome degenerativo que incluye la enfermedad de Pick y otros trastornos similares. Causa de hasta 15% de demencias (proporción mayor en menores de 65 años).

#### CARACTERÍSTICAS:

- Inicio más temprano (media de 53 años) y curso rápido (mortal en < 4 años).
- **Alteración del lóbulo frontal:** trastornos del comportamiento, abandono de tareas, desinhibición, irresponsabilidad, logorrea y estereotipias, posteriormente mutismo. El control de los esfínteres se deteriora. Según avanza la enfermedad se pierde fluidez verbal, se descuida la higiene corporal, comen vorazmente y pueden estar irritables y agresivos.
- **Afectación de la parte anterior de lóbulo temporal.** En fases iniciales se preservan relativamente las funciones temporales (memoria).
- **Afectación del arco perisilviano del lenguaje:** parafasias, afasia anómica.
- **Lóbulos parietales preservados:** pueden copiar un dibujo y no se desorientan.
- **TAC:** atrofia cortical fronto-temporal.



#### TRIADA SINTOMÁTICA DE HIROCEFALIA NORMOTENSIVA:

- APRAXIA DE LA MARCHA.
- INCONTINENCIA URINARIA.
- DEMENCIA SUBCORTICAL.

#### DIAGNÓSTICO:

- La extracción de 30mL de LCR reduce de forma transitoria la hidrocefalia. Es la forma más empleada porque el resto de pruebas no son específicas. El LCR tiene presión, proteínas y glucosa normales.
- **Neuroimagen:**
  - TAC: dilatación ventricular, especialmente en astas frontales. Atrofia inexistente o mínima.
  - RM: además de los hallazgos del TC se observan ángulos del cuerpo calloso mayores de 40º, y vacíos de señal (jet) a la salida del acueducto de Silvio.
  - Cisternografía isotópica: bloqueo del contraste en las cisternas de la base y permanencia del contraste en los ventrículos más de 24 horas.

#### TRATAMIENTO:

- Punción lumbar evacuadora (30 ml): mejoría transitoria.
- Válvula de derivación en ventrículo lateral con drenaje de LCR a tórax o cavidad abdominal.
  - **Complicaciones:** hematoma subdural, obstrucción o infección de la válvula.

**MIR FAMILIA 00 (6530):** Paciente de 58 años operado 3 meses antes de aneurisma de la comunicante anterior manifestado por hemorragia subaracnoidea. El post-operatorio inmediato fue favorable, pero en el último mes el paciente desarrolla dificultad progresiva para la marcha, apatía, torpeza mental e incontinencia urinaria. ¿Cuál de las siguientes complicaciones le parece más probablemente la responsable del deterioro neurológico tardío?:

1. Hidrocefalia comunicante.\*
2. Vasoespasmo de las arterias cerebrales anteriores.
3. Hiponatremia por secreción inadecuada de hormona anti-diurética.
4. Resangrado por oclusión incompleta del saco aneurismático.
5. Demencia vascular.

**MIR 02 (7302):** ¿Cuál de las siguientes consideraciones **NO** es cierta sobre la Hidrocefalia a Presión Normal?:

1. Presentación clínica en el adulto.
2. Triada clínica consistente en alteración para la marcha, demencia e incontinencia urinaria.
3. El estudio por Resonancia Magnética Nuclear proporciona datos patognomónicos.\*
4. La etiología es desconocida en la mayoría de las ocasiones.
5. El tratamiento consiste en la realización de derivación ventrículo peritoneal del líquido cefalorraquídeo.

### 5.4. Hidrocefalia normotensiva

Enfermedad de Hakim. Demencia potencialmente reversible.

#### ETIOLOGÍA:

- Idiopática: la más frecuente y la de peor respuesta al tratamiento.
- Antecedentes de hemorragia subaracnoidea, traumatismo craneoencefálico o meningitis.
- Defecto en la reabsorción del LCR por estenosis de acueducto, tumores, patología de fosa posterior.

#### CLÍNICA:

##### TRIADA SINTOMÁTICA:

- **APRAXIA DE LA MARCHA:** pies pegados al suelo, tendencia a caer hacia atrás sin debilidad en piernas.
- **INCONTINENCIA URINARIA.**
- **DEMENCIA SUBCORTICAL:** bradipsiquia, desorientación, apatía y deterioro de la memoria que suele evolucionar a demencia completa.

MIR 05 (8076): Hombre de 70 años que consulta por un trastorno de la marcha y un deterioro cognitivo subagudo. Nos indican que el diagnóstico de presunción del paciente es hidrocefalia a presión normal. En este caso, ¿cuál de los siguientes datos NO esperaría encontrar?:

1. Una hidrocefalia comunicante con acueducto de Silvio permeable en la resonancia cerebral.
2. Un trastorno de la marcha tipo apráxico.
3. Un LCR con leve elevación de la presión de apertura y con un aumento de células y proteínas.\*
4. La realización de una punción lumbar evacuadora (30 ml de LCR) puede mejorar la marcha del paciente.
5. Ausencia de signos de atrofia cortical cerebral.

## 6. Demencias transmisibles

### 6.1. Enfermedades priónicas

Los priones son agentes infecciosos proteicos que carecen de ácidos nucleicos. La proteína priónica (PrP) es el constituyente predominante de los priones e interviene en sinapsis, señalización intercelular y transporte del cobre. En enfermedad se producen agregados intraneuronales tóxicos de isoformas alteradas de PrP y la corteza cerebral adopta un aspecto vacuolar o esponjiforme.

#### ENF. DE CREUTZFELDT-JAKOB:

- Edades tempranas: 50-64 años.
- Mortal rápidamente: 6 meses.
- Sin tratamiento.
- Demencia progresiva rápida, apatía, alteraciones de conducta, alucinaciones, delirios.
- Mioclonías, signos piramidales, extrapiramidales o cerebelosos.

#### DIAGNÓSTICO:

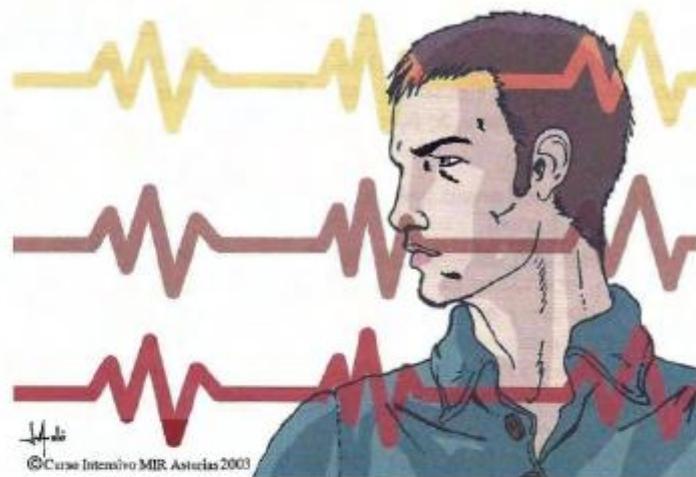
- EEG: complejos periódicos de ondas agudas o un patrón de supresión de descargas.
- LCR: marcador proteico 14-3-3 en el 90%, inespecífico (también en encefalitis, hipoxia, tumores). Presencia de proteína tau (la misma que en EA).
- BIOPSIA CEREBRAL: el diagnóstico definitivo es anatómo-patológico y suele ser postmortem.

#### TRANSMISIÓN:

- Esporádica.
- Iatrógena: trasplante de córnea o administración de hormona de crecimiento.
- Forma familiar: enfermedad de Gerstmann-Straussler-Scheinker (15% del total). Inicio más temprano, herencia AD, susceptibilidad por mutación en gen PrP del cromosoma 20.
- Enf. Creutzfeldt-Jakob variante: transmisión entre especies. Afecta a gente más joven (media de 26 años), predomina clínica psiquiátrica y sensitiva, lentitud inespecífica del EEG, alteración del núcleo talámico pulvinar.

MIR 00 (6731): Paciente de 60 años, sin ningún antecedente de interés, que en un período de 6 meses desarrolla un cuadro de intenso deterioro cognitivo. En la exploración destaca, además de la existencia de un síndrome rígido-acinético, una ataxia de la marcha y mioclonias. Ante este cuadro, ¿qué diagnóstico, entre los siguientes, estamos obligados a plantearnos en primer lugar?:

1. Una leucoencefalopatía multifocal progresiva.
2. Una panencefalitis esclerosante subaguda.
3. Una forma esporádica de Creutzfeldt-Jakob.\*
4. Una atrofia multisistémica.
5. Una encefalopatía de Wernicke.



Complejos periódicos de ondas agudas.

### 6.2. Complejo demencia-Sida

#### CLÍNICA:

##### DEMENCIA SUBCORTICAL:

- Deterioro cognitivo: enlentecimiento psíquico, deterioro de memoria y concentración.
- Deterioro conductual.
- Deterioro motor: crisis convulsivas, mioclonías, paraparesia espástica.

#### DIAGNÓSTICO:

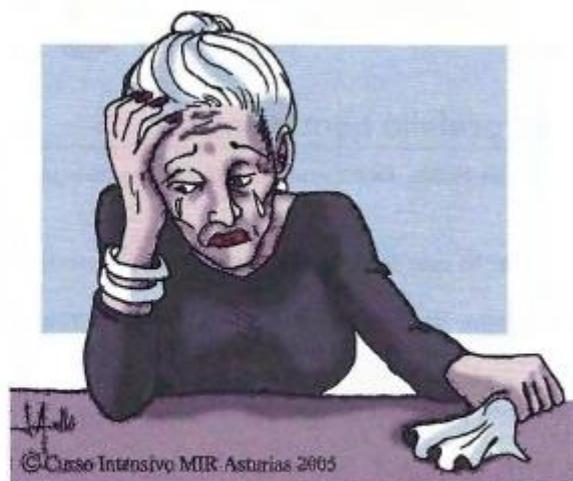
- TAC/RM: atrofia cerebral con aumento de ventrículos y alteraciones de ganglios basales.
- LCR: pleocitosis linfocitaria leve, bandas oligoclonales, VIH.

#### TRATAMIENTO:

- TARGA: tratamiento antirretroviral de gran actividad. (Efavirenz y zidovudina pueden causar psicosis).
- Antidepresivos, estimulantes, antipsicóticos.

## 7. Pseudodemencia

- Sintomatología demencial en el contexto de otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresivos.
- Más en ancianos.
- Manifestaciones clínicas de demencia subcortical.
- **NO** agravamiento nocturno (diagnóstico diferencial con demencia).
- Suele revertir al mejorar el cuadro psiquiátrico



©Curso Intensivo MIR Asturias 2005



MIR 01 (7137): A su consulta acude un hombre de 65 años acompañado por sus familiares, que refieren haber observado en el paciente desde hace un mes una pérdida sustancial en la memoria reciente y a largo plazo. El propio enfermo se queja de la pérdida de memoria y resalta dicha discapacidad con gran angustia, dando la impresión de que exagera las propias deficiencias. Usted se plantea un diagnóstico diferencial entre cuadro demencial y pseudodemencia. ¿Cuál de entre las siguientes características clínicas le haría sospechar con mayor seguridad el primero de los cuadros?:

1. Pérdida temprana y llamativa de las relaciones sociales.
2. Agravamiento nocturno de las deficiencias.\*
3. Conservación de la atención y de la orientación.
4. Conducta incongruente con la gravedad de la disfunción cognoscitiva.
5. Marcadas diferencias en la realización de tareas de dificultad similar.

MIR 14 (10389): Acude a la consulta un hombre de 67 años de edad acompañado de dos de sus hijos que comentan que su padre viene presentando los últimos dos meses unas pérdidas de memoria cada vez mayores. Previamente a ello pasó por una temporada en la que presentaba estado de ánimo bajo. A lo largo de los últimos meses además ha comenzado a dar un "no se" o un "no me importa" como contestación a la mayoría de las preguntas que se le formulan al tiempo que han aumentado sus manifestaciones de queja y malestar por sus olvidos, especialmente por las mañanas. A pesar de todo ello parece desenvolverse con relativa comodidad en el día a día. Uno de los siguientes sería el fármaco más indicado para el tratamiento de éste paciente, señálelo.

1. Quetiapina.
2. Lamotrigina.
3. Tacrina.
4. Donepezilo.
5. Sertralina.\*



## RESUMEN DE TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

**1. DELIRIUM (SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO):**

- **Disfunción cerebral aguda generalizada con deterioro fluctuante del nivel de conciencia**, que habitualmente dura menos de 1 mes (MIR).
- **Etiología:** orgánica (enfermedades SNC, metabólicas, tóxicas). Relación temporal con el trastorno que lo produce y se corrige al remitir éste (MIR).
- **Clínica:** deterioro fluctuante del nivel de conciencia (MIR), alucinaciones visuales (MIR), ideación delirante transitoria (MIR), deterioro de la memoria inmediata y reciente, dificultades de atención (MIR), desorientación témporo-espacial y personal (MIR), inversión del ritmo sueño-vigilia (MIR), hipo o hiperactividad con agitación (MIR), trastornos emocionales (MIR), signos neurológicos inespecíficos (MIR), empeoramiento vespertino.
- **Tratamiento:** antipsicóticos de elevada potencia. Si gran agitación sujeción mecánica (MIR).

**2. SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO:**

- Deterioro de las **memorias remota y reciente**, estando conservada la inmediata. Déficit de la capacidad para aprender información nueva (amnesia anterógrada) y/o incapacidad para recordar la información aprendida previamente (amnesia retrógrada).
  - Puede haber confabulaciones, desorientación temporal.
  - **NO** trastornos de la atención, ni de la conciencia, ni intelectual.
- **Etiología:** orgánica (MIR).

**AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA (NEUROLOGÍA)** (MIR): Amnesia total súbita, de varias horas de duración y recuperación completa. Comportamiento normal. Más frecuente en mediana edad, ancianos, migrañas e hipertensión.

**3. DEMENCIAS:**

- **Deterioro intelectual global de curso progresivo** en el que **se conserva el nivel de vigilancia (conciencia)** (MIR). Interferencia con el rendimiento socio-laboral.
- **Etiología:** en los países occidentales la causa más frecuente es la **degenerativa** (enfermedad de Alzheimer) (MIR) pero cualquier agresión al cerebro: tóxica (alcohol, intoxicación por CO), metabólica, traumática, carencial (B12, fólico), tumoral o vascular puede producir demencia.
  - **Genética:** el gen de apoE (especialmente un **doble alelo E4**) es un factor predisponente en las demencias de inicio tardío.
- **Clínica:** deterioro de la memoria: pérdida paulatina y clara de la reciente, la inmediata puede estar conservada en los estadios iniciales, **la última en afectarse es la remota**, deterioro de la orientación y del lenguaje (afasia) (MIR).
- **Pruebas diagnósticas:** analítica sanguínea: hemograma, VSG, bioquímica (iones, función hepática y renal, glucosa); hormonas tiroideas; B12 y ácido fólico; serologías de lúes y VIH; Cu y ceruloplasmina si se sospecha enfermedad de Wilson; análisis de orina; Rx tórax y ECG; EEG; evaluación neuropsicológica; neuroimagen: **TC o RM craneal (indispensable)** -PET y SPECT (en ocasiones)-.
  - Los estudios genéticos **NO** están indicados en la evaluación de rutina de la demencia (MIR).

**4. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:**

- Demencia cortical (fronto-temporo-parietal).
  - El síntoma de inicio es la **pérdida de memoria: inicialmente reciente e inmediata** y al final también la remota (MIR).
  - Desorientación en relación a la pérdida de memoria.
  - **Afasia:** pérdida progresiva del lenguaje espontáneo, anomia.
  - **Apraxia:** incapacidad para realizar tareas específicas.
  - **Agnosia:** incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las experiencias sensoriales (MIR).
  - **NO alteración del nivel de conciencia.**
  - Otros síntomas: cuadros afectivos en 2/3 de los pacientes, psicóticos en el 20-30%, cambios de personalidad y trastornos del comportamiento. El 10% crisis convulsivas.
- **Agravamiento nocturno de los síntomas** (MIR)
- En las demencias de inicio precoz, la evolución es más rápida.
- **Hallazgos biológicos:**
  - Neuroquímica: disminución de la actividad colinérgica, también de la serotoninérgica, noradrenérgica, y de **somatostatina** y otros neuropéptidos y aminoácidos (MIR).
  - AP: placas y ovillos de degeneración neurofibrilar, placas neuríticas, pérdida de neuronas.
  - Neuroimagen: atrofia cortical generalizada, sobre todo temporal. Aumento del grosor de los surcos corticales y ventriculomegalia.
- **Tratamiento:** Fármacos que mejoran la transmisión colinérgica:
  - Inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina).
  - Antagonistas no competitivos de los receptores NMDA (memantina) (MIR).

**5. OTROS TIPOS DE DEMENCIAS****5.1. DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY**

- Deterioro mental progresivo (**rápido**), síntomas parkinsonianos leves. Se asocia con frecuencia a alucinaciones visuales o auditivas, y secundariamente delirios. Puede haber déficit de atención y asociación con **estados confusionales** (MIR)
  - Curso fluctuante (MIR).

**5.2. DEMENCIA VASCULAR**

- **Infartos situados en áreas críticas.** infartos múltiples de tamaño grande o pequeño (lacunar) o infartos que afectan casi exclusivamen-



te a sustancia blanca (enfermedad de Binswanger).

- Inicio agudo, curso fluctuante con empeoramientos bruscos y recuperaciones parciales (MIR).
- Signos neurológicos focales –trastornos de la marcha, inestabilidad en bipedestación y caídas frecuentes, disartria, urgencia de micción, parálisis pseudobulbar. Frecuentemente, cambios de la personalidad y del humor (MIR).
- Poco probable en ausencia de signos neurológicos focales y de lesiones cerebrovasculares en TC o RM.

### 5.3. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Síndrome degenerativo que incluye la enfermedad de Pick y similares. Causa de hasta 15% de demencias (proporción mayor en menores de 65 años).

Características:

- Inicio más temprano (media de 53 años) y curso rápido (mortal en < 4 años).
- Alteración del lóbulo frontal: trastornos del comportamiento, abandono de tareas, desinhibición, irresponsabilidad, logorrea y estereotipias, posteriormente mutismo. El control de los esfínteres se deteriora.
- Afectación de la parte anterior de lóbulo temporal.
- Afectación del arco perisilviano del lenguaje: parafasias, afasia anómica.
- Lóbulos parietales preservados.

### 5.4. HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA

- Alteraciones en la marcha + incontinencia urinaria + demencia subcortical (lo último en aparecer) (5MIR).
- Etiología: Idiopática más frecuentemente (peor pronóstico), otras con antecedentes de daño cerebral (2MIR).
- Diagnóstico: Habitualmente con PL que produce mejoría transitoria (LCR presión normal), TAC, cisternografía isotópica.
- Tratamiento: punción lumbar evacuadora (2MIR); válvula de derivación (MIR).

## 6. DEMENCIAS TRASMISIBLES

---

### 6.1. ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

- Edades tempranas: 50-64 años.
- Mortal rápidamente: 6 meses. Sin tratamiento.
- Demencia progresiva rápida, apatía, alteraciones de conducta, alucinaciones, delirios, coma.
- Mioclonías, signos piramidales, extrapiramidales o cerebelosos.

Diagnóstico:

- EEG: complejos periódicos de ondas agudas o un patrón de supresión de descargas.
- LCR: marcador proteico 14-3-3 en el 90%, inespecífico (también en encefalitis, hipoxia, tumores). Presencia de proteína tau (la misma que en EA).
- BIOPSIA CEREBRAL: el diagnóstico definitivo es anatómo-patológico y suele ser postmortem.

### 6.2. DEMENCIA POR HIV

- Demencia subcortical por destrucción multifocal difusa de la sustancia blanca por el virus.
- Diagnóstico: TAC/RM: atrofia cerebral con aumento de ventrículos y alteraciones de ganglios basales.
- LCR: pleocitosis linfocitaria leve, bandas oligoclonales, VIH.
- Tratamiento: TARGA.

## 7. PSEUDODEMENCIA

---

- Sintomatología aparentemente demencial en el contexto de otros trastornos psiquiátricos (el 75% trastornos afectivos) (2MIR).
- Sintomatología de demencia subcortical, sin agravamiento nocturno de los síntomas (MIR)
- Mas frecuente en ancianos (MIR). Suele revertir al mejorar el cuadro psiquiátrico.



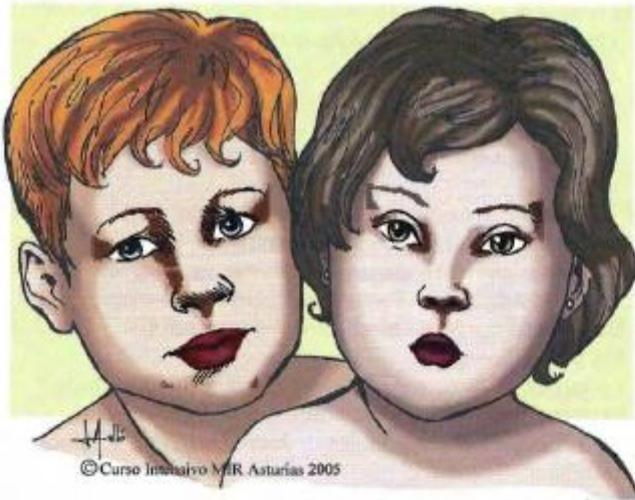
## 1.1. Epidemiología

- Prevalencia: 1%
- Edad de inicio: antes de los 18 años.
- **2 VARONES : 1 MUJER**
- Frecuencia en cuanto a etiología:
  - De causa desconocida: el 75%, suele ser leve (CI: 50-69).
  - Síndrome de Down (trisomía del 21).
- Tasa de mortalidad elevada (especialmente en el grave y profundo) por las complicaciones de las enfermedades físicas asociadas.

## 1.2. Clínica

**Comorbilidad:** influye negativamente en el pronóstico

- 30-70% al menos otro trastorno mental y del comportamiento:
  - Lo más común: constelación de síntomas (impulsividad, irritabilidad, hiperactividad, frustración, problemas de atención, conductas agresivas, movimientos estereotipados).
  - Las estereotipias son movimientos repetitivos, rítmicos, en apariencia involuntarios, y que no parecen seguir un propósito definido. Pueden interrumpirse con la distracción del paciente. Son formas frecuentes los balanceos, aleteos con las manos, morderse en los labios, pero también conductas de autogolpeos como cabezazos repetidos o autoabofetarse
  - Hasta en el 25%: depresión, ansiedad.
  - 10%: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
  - 5%: autismo (pero el 80% de los autistas tienen algún grado de retraso mental).



**MIR 14 (10387):** Se denomina estereotipia a:

1. Gestos bucolinguales extraños.
2. Repetición reiterada e innecesaria de un acto.\*
3. Movimientos muy aparatosos que aumentan la expresividad de los gestos.
4. Agitaciones psicóticas muy intensas.
5. Gestos aparatosos acompañados de palabras soeces.

## 2. Trastornos generalizados del desarrollo

**Poco prevalentes:** 10-20/10000 individuos.

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES:**

- Déficit comunicación y lenguaje.
- Déficit de habilidades sociales.
- Conductas restringidas y/o repetitivas.

	AUTISMO	Síndrome de Heller	SDR. ASPERGER	Trastorno de Rett
Edad inicio	< 3 años	> 2 años	> 2 años	> 6 meses
Sexo (>frecuencia)	varones	varones	varones	niñas
Lenguaje afectado	Sí	Sí	No	Sí
Retraso mental	Sí	Sí	No	Sí
Interacción social deteriorada	Sí	Sí	Sí	Sí
Conductas restringidas y repetitivas	Sí	Sí	Sí	Sí

## 2.1. Autismo infantil (Leo Kanner, 1943) (2MIR)

Desde niños. Se trata de un grupo heterogéneo.

- 70% con Retraso Mental : retardados, sin lenguaje, absortos en la autoestimulación.
- 30% con CI normal: Con inteligencia normal, se implican en rituales o conductas estructuradas:
  - Autismos de alto funcionamiento: tienen dificultades en lenguaje.
  - Síndrome de Asperger: lenguaje normal.

### A. EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia: 0.02-0.05%.
- **3-5 VARONES : 1 MUJER (2MIR)**
- Clases sociales altas.

### B. ETIOLOGÍA

- Factores genéticos (MIR) y biológicos (trastornos del neurodesarrollo, retraso mental, epilepsia, factores inmunológicos y bioquímicos).
- Factores psicosociales (estrés).

### C. CLÍNICA

Par definición ANTES DE LOS 36 MESES.

- Inicio posterior: autismo atípico.
  - TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:
    - Alteración del uso de comportamientos no verbales (contacto visual, expresión facial, gestos, posturas).
    - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros.
    - Ausencia de tendencia espontánea de compartir con otros intereses, objetivos.
    - Falta de reciprocidad social o emocional.
  - TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN:
    - Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral.
    - Falta de capacidad para iniciar o mantener una conversación.
    - Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje, lenguaje idiosincrásico, ecolalia, inversión de los pronombres (yo - tú).
    - Síndrome de Asperger: Mejor lenguaje expresivo que receptivo (MIR).
  - TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO, INTERESES Y ACTIVIDADES:
    - Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos.
    - Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
    - Preocupación persistente por partes de objetos (MIR).
- Otros: cambios de humor repentinos, hipercesnia, agresividad, autolesiones (umbral doloroso disminuido), habilidades aisladas (autistas sabios: musicales, memoria repetitiva, cálculo, hiperlexia), insomnio, enuresis, RM).

### D. TRATAMIENTO:

- Mejora de la conducta social y comunicación.
- Multidisciplinar (neuropediatra, psiquiatra):



- o Terapia conductual y familiar.
- o Sintomático:
  - Antipsicóticos para estereotipias.
  - ISRS para compulsiones.



MIR 03 (7661): En relación con el autismo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es correcta?:

1. Es frecuente el retraso en el desarrollo intelectual.
2. Hay una interacción social anómala y restringida.
3. Más frecuente en sexo masculino.
4. Es habitual la fijación a objetos.
5. Son frecuentes las conductas desafiantes y provocativas.\*

### 3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

#### 3.1. Epidemiología

- Prevalencia: 2-5%
- Edad inicio: antes de los 3 años (no suele identificarse hasta la edad escolar)
- Predisponentes:
  - o Varones 3-5 : 1 mujer.
  - o Grupos sociales económicamente bajos, orfelinatos, hacinamiento, familias numerosas.
  - o **FACTORES BIOLÓGICOS:** enfermedades durante embarazo, hipermadurez al nacimiento, enfermedades de primera infancia, consumo de OH/tabaco de la madre, **FACTORES GENÉTICOS,** complicaciones perinatales.

#### 3.2. Clínica

- **PRIMERA INFANCIA:** A partir de 3 años puede establecerse diagnóstico.
  - o Extraordinariamente sensibles a los estímulos, duermen poco y lloran mucho.
- **EDAD ESCOLAR** (síntomas al menos 6 meses):
  - o **HIPERACTIVIDAD** (signo más frecuente).
  - o Déficit de atención.
  - o Impulsividad.
  - o Otros: signos neurológicos menores –déficit de coordinación, deterioro en la percepción motora-, labilidad emocional, baja autoestima, bajo umbral a la frustración, dificultades escolares –de aprendizaje y de comportamiento-, conducta agresiva y desafiante en el 75%

#### SUBTIPOS

- **COMBINADO.**
- Predominio de **DÉFICIT DE ATENCIÓN.**
- Predominio de **HIPERACTIVIDAD.**
- En función de la edad de inicio
  - o Inicio infantil: algún criterio diagnóstico antes de los 10

años de edad

- o Inicio en la adolescencia: ningún criterio diagnóstico antes de los 10 años

#### 3.3. Tratamiento

**FARMACOLÓGICO:** control de los síntomas nucleares (MIR)

- **ESTIMULANTES: DE ELECCIÓN Y PREVIA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PERTINENTES** (Exploración física, tensión arterial, pulso, peso y talla).
  - **METILFENIDATO** (derivado anfetamínico).
    - Efectos secundarios: retraso del crecimiento, disminución del apetito, dificultades de conciliación del sueño.
- Antidepresivos:
  - o **ATOMOXETINA:** puede ser de primera elección. Antidepresivo inhibidor de recaptación de norepinefrina.
  - o Otros: ISRS, tricíclicos.

**PSICOTERAPIA:** cognitivo-conductual, familiar, APOYO ESCOLAR.

MIR FAMILIA 00 (6630): ¿Qué grupo de psicofármacos estarían contraindicados en el tratamiento de un trastorno por déficit de atención?:

1. Antidepresivos.
2. Barbitúricos.\*
3. Anticonvulsivantes.
4. Estimulantes.
5. Antipsicóticos.

MIR 02 (7397): Acuden a la consulta unos padres con su hijo de 8 años. Tanto ellos como los profesores están preocupados porque el niño es muy inquieto, no para en clase, siempre está molestando y no se centra ni un momento en sus tareas. Se diagnostica trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En lo referente a los psicofármacos ¿cuál sería su elección?:

1. Un ansiolítico de vida media corta.
2. Un derivado anfetamínico.\*
3. Un neuroleptico incisivo.
4. Un antidepresivo.
5. Un antiépiléptico.

MIR 10 (9439): Tras diagnosticar un trastorno déficit de atención e hiperactividad (TDAH) según criterios del DSM-IV y antes de iniciar tratamiento con psicoestimulantes la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry propone la realización de:

1. Electrocardiograma, electroencefalograma TAC, hemAtimetría y bioquímica.
2. Exploración física, tensión arterial, pulso, peso y talla.\*
3. Exploración física, tensión arterial, pulso y EKG.
4. Exploración física, pulso, hemAtimetría y bioquímica hemática.
5. Talla, peso, EKG y EEG.

MIR 11 (9691) Señale cual de los siguientes tratamientos está indicado para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

1. Fluoxetina.
2. Haloperidol.
3. Sertralina.
4. Metilfenidato\*.
5. Clozapina.



## 4. Trastornos de la eliminación

La secuencia normal del desarrollo del control del intestino y vejiga es FN – FD – VD – VN.

1. Continencia fecal nocturna.
2. Continencia fecal diurna.
3. Control de vejiga diurna.
4. Control de vejiga nocturna.

### EPIDEMIOLOGIA:

- La prevalencia disminuye con la edad.

### CURSO:

- En la mayoría de los casos remisión espontánea en la adolescencia.
- Duración de al menos 3 meses.

### ENURESIS

EDAD	Nocturna: > 5 años Diurna: > 4 años
Sexo (> frecuencia)	Varones Diurna y secundaria: mujeres
Subtipos	Diurna menos frecuente que nocturna
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductual (pipí-stop).</li> <li>• Imipramina: eficaz pero tolerancia.</li> </ul>

### ENCOPRESIS

EDAD	> 4 años
Criterio temporal	Durante más de 3-6 meses
Sexo (> frecuencia)	Varones
Subtipos	Diurna + frecuente que nocturna
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductual (hábitos evacuadores).</li> <li>• Imipramina.</li> </ul>





# 1. Esquizofrenia

- Síndrome caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción –alucinaciones–, del pensamiento –delirios–, emociones –afectividad inapropiada o embotamiento afectivo– y cognición. Se inicia en la adolescencia o inicio de la adultez.
- Curso crónico.
- Produce incapacidad personal, laboral y/o socio-familiar.
- Nula o escasa conciencia de enfermedad.

La característica más específica del síndrome esquizofrénico es la incapacidad para distinguir entre la realidad interior y exterior (MIR).

## 1.1. Epidemiología

- Prevalencia a lo largo de la vida: 0.5-1%.
- Incidencia: 15-20/100.000 habitantes/año
- Edad inicio pico: 15-25 varones; 25-35 en mujeres.
  - Cuando se inicia después de los 45 años se habla de esquizofrenia de comienzo tardío.
- Por sexo:
  - Aunque históricamente se ha defendido una incidencia por sexos igual, actualmente sabemos que es algo más frecuente en varones (1,4:1).
    - En varones: edad de inicio más precoz, habitualmente peor funcionamiento premórbido y mayor probabilidad de síntomas negativos. Todo ello conlleva un peor pronóstico.

**MIR 00 (6729)** Según la mayoría de los estudios epidemiológicos, la prevalencia de la esquizofrenia en la población general en todas las culturas es de:

1. 1 por 100000 habitantes.
2. 1 por 100 habitantes\*
3. Hay variabilidad dependiendo de factores climáticos.
4. 5 por 100000 habitantes.
5. Hay variabilidad dependiendo de la clase social.

**MIR 09 (9208):** Respecto a la esquizofrenia, señale la respuesta **FALSA**:

1. En Estados Unidos la prevalencia de esquizofrenia a lo largo de la vida es de alrededor del 1%.
2. La esquizofrenia tiene igual prevalencia en varones que en mujeres.
3. La evolución de la enfermedad es similar en hombres que en mujeres.\*
4. Según el DSM-IV-TR la incidencia anual de esquizofrenia varía de 0,5 a 5,0 por 100.000.
5. Las tasas de incidencia y prevalencia son aproximadamente iguales en todo el mundo.

**MIR 10 (9437):** Señale cuál de las siguientes aseveraciones es **CORRECTA** en relación con el suicidio en la esquizofrenia:

1. El porcentaje de personas con esquizofrenia que fallece por suicidio alcanza el 5%.
2. La presencia de deterioro cognoscitivo se asocia con un menor riesgo de suicidio.
3. El riesgo de suicidio es mayor en las personas de edad media con varios años de evolución de la enfermedad.
4. El riesgo de suicidio es mayor en mujeres.
5. El riesgo de suicidio es mayor en las personas procedentes de un estatus socio-económico bajo.

ANULADA

## 1.2. Etiopatogenia

**MULTIFACTORIAL:** factores externos actúan sobre una susceptibilidad genética. No existe un único gen responsable, sino múltiples genes (que de forma individual tienen escasa importancia).

### FACTORES GENÉTICOS:

- Si padre o madre con esquizofrenia la prevalencia es del 10%.
- Ambos (padre y madre) con esquizofrenia: 40%.
- Concordancia entre gemelos monocigotos: 47%.

- Concordancia entre gemelos dicigotos: 12%.

### FACTORES BIOLÓGICOS:

Cualquier alteración del neurodesarrollo puede elevar la susceptibilidad a padecer esquizofrenia o una enfermedad psicótica. Los cambios cerebrales que se producen en los primeros episodios psicóticos parecen tener un efecto neurodegenerativo.

- Neurotransmisores implicados: DA, 5HT, NA, GABA, glutamato.

### FACTORES AMBIENTALES:

- Infecciones durante el embarazo, complicaciones obstétricas, (parece haber un mayor riesgo en nacimientos en primavera-invierno).
- Migración.
- Más riesgo en áreas urbanas que rurales.
- Consumo de sustancias estupefacientes por la madre durante embarazo.
- Clase socioeconómica baja.

## 1.3. Clínica

### NO HAY SÍNTOMAS PATOGNOMÓNICOS.

La esquizofrenia es un síndrome cuyo diagnóstico se hace por el clínico en base a la presencia de síntomas **POSITIVOS**, **NEGATIVOS**, **COGNITIVOS** y otros.

### SÍNTOMAS POSITIVOS:

Alteración o aparición de una función que no existe en normalidad.

- **DELIRIOS** (ideación delirante): alteraciones del contenido del pensamiento. Más estructurado pero irreducible a la argumentación lógica. Típicamente de persecución.
- **PSEUDOALUCINACIONES y ALUCINACIONES:** percepción sensorial falsa (sin objeto real externo). En la esquizofrenia típicamente auditivas (pero puede haberlas de cualquier tipo).
- **LENGUAJE DESORGANIZADO:** alteración del pensamiento y aparición de descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia o neologismos en el discurso.
- **AFECTO INAPROPIADO:** risas inmotivadas, incoercibles o vacías, expresión facial risueña, ensoñación.
- **COMPORTAMIENTO CATATÓNICO O DESORGANIZADO.**
  - Catatonia: estupor, mutismo, excitación, negativismo, rigidez, catalepsia, flexibilidad cérea, obediencia automática, ecolalia (MIR) y otras estereotipias y manierismos.
  - Comportamiento: desorganización, desinhibición.

### SÍNTOMAS NEGATIVOS:

Síntomas negativos o deficitarios: déficit de una cualidad previa. Pueden ser primarios (propios de la esquizofrenia) o secundarios (debidos al tratamiento antipsicótico).

- **Aplanamiento o embotamiento afectivo:** inmovilidad, falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre, reducción del lenguaje corporal, actitud ausente.
- **Alogia:** pobreza del contenido del pensamiento y, consecuentemente, del lenguaje.
- **Abulia y apatía:** falta de motivación para la realización de actividades e incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.
- Otros: disminución de la atención, anhedonia, aislamiento social, falta de autocuidados.

### OTROS SÍNTOMAS:

- Disfóricas, depresión, Ansiedad.
- Alteraciones del ritmo sueño-vigilia.
- Alteraciones de la actividad psicomotora y signos neurológicos menores: alteraciones de la marcha, balanceo, estereotipias.
- Falta de conciencia de enfermedad (falta de insight).
- Abuso de alcohol, tabaco y drogas.
- Intentos de autolisis o suicidio consumado.



**MIR 91 (2890):** Para el diagnóstico de esquizofrenia se requiere forzosamente:

1. Afectividad embotada.
2. Que se produzca durante su curso un deterioro en el ajuste social y laboral del paciente.\*
3. Que la alteración no se prolongue más allá de seis meses.
4. La presencia de dos episodios con recuperación total entre ellos de al menos dos meses.
5. Que el paciente tenga una personalidad previa de tipo esquizoide

**MIR 99 (6363):** Un paciente diagnosticado de un primer episodio de un trastorno esquizofreniforme presenta una buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos en el plazo de un mes, objetivándose una remisión total de la sintomatología psicótica. Llegados a este punto, la actitud más recomendable, entre las siguientes, es:

1. Suspender el tratamiento psicofarmacológico puesto que el episodio ha cedido y el riesgo de recidiva es bajo.
2. Suspender el tratamiento psicofarmacológico e iniciar un tratamiento psicoterapéutico específico que minimice el riesgo de recidiva a medio o largo plazo.
3. Buscar la mínima dosis eficaz de antipsicótico que mantenga al paciente asintomático y mantener el tratamiento durante un mínimo de un año, momento en el cual se puede plantear su interrupción gradual.\*
4. Buscar la mínima dosis eficaz de antipsicótico que mantenga al paciente asintomático y mantener el tratamiento de forma indefinida, puesto que la esquizofrenia es una enfermedad crónica y muy desestructurante.
5. Dados los efectos negativos a largo plazo del uso de antipsicóticos (Ej. discinesia tardía) conviene sustituirlos en cuanto sea posible por benzodicepinas de vida media larga que mantengan el efecto ansiolítico de forma indefinida.

**MIR 00 (6728)** Un paciente de 23 años acude al servicio de urgencias de un hospital general acompañado por sus padres por presentar, tras su vuelta de un viaje a Inglaterra, un cuadro de 3 días de evolución de insomnio, irritabilidad, confusión, agitación psicomotriz, comentarios delirantes de contenido místico-religioso, persecutorio, sexual, megalománfaco y alucinaciones visuales y auditivas. Como antecedentes personales relevantes destacan una apendicetomía a los 17 años y ocasional consumo de alcohol y de hachís. Se trata de una persona con buen ajuste psicosocial previo, así como de un buen estudiante que cursa el 4º curso de ingeniero aeronáutico. No constan antecedentes personales ni familiares de tipo psiquiátrico. ante esta situación, una de las siguientes afirmaciones **NO** es correcta:

1. *Estamos ante un primer episodio psicótico.*
2. *A partir de este momento conviene efectuar en los días/semanas siguientes un despistaje de patología orgánica concurrente, incluyendo el consumo de tóxicos.*
3. *A tal efecto es conveniente efectuar de forma protocolizada, entre otras, una exploración física, neurológica, analítica, neuropsicológica, así como las pruebas pertinentes de neuroimagen estructural del tipo tomografía axial computerizada.*
4. El siguiente paso es informar a los padres de que su hijo padece una esquizofrenia paranoide.\*
5. *Se debe iniciar un tratamiento sintomático de tipo farmacológico a base de antipsicóticos y/o ansiolíticos.*

**MIR 02 (7394):** ¿Cuáles son los trastornos perceptivos, de entre los que se enumeran, más característicos de las esquizofrenias?

1. Ilusiones hipnagógicas.
2. Alucinaciones visuales zoomórficas.
3. Alucinaciones o pseudoalucinaciones auditivas.\*
4. Paraeidolias.
5. Alucinosis auditivas.

**MIR 05 (8177):** Mujer de 58 años, vive sola, con antecedentes de HTA y artritis reumatoide, con buen control farmacológico. Presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas, con ideas delirantes de perjuicio con los vecinos y de contenido místico-religioso de 4 meses de evolución. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

1. Demencia frontal.
2. Síndrome confusional agudo.
3. Depresión delirante.
4. Esquizofrenia de inicio tardío.\*
5. Psicosis psicógena.

**MIR 07 (8696):** Uno de los siguientes síntomas característicos del síndrome esquizofrénico **NO** puede considerarse un síntoma negativo:

1. Anhedonia.
2. Alogia.
3. Frialdad emocional.
4. Paralogia.\*
5. Abulia.

**MIR 07 (8702):** La característica más específica del síndrome esquizofrénico es:

1. La existencia de trastornos de la percepción.
2. La incapacidad para distinguir entre la realidad interior y la exterior.\*
3. El marcado simbolismo que expresa su conducta.
4. La hipersensibilidad.
5. La incongruencia del pensamiento.

**MIR 08 (8963):** Señale cuál de los siguientes síntomas **NO** pertenece a los clasificados como síntomas negativos en la esquizofrenia:

1. Aplanamiento afectivo.
2. Alogia.
3. Comportamiento desorganizado.\*
4. Disminución de la atención.
5. Abulia.

**MIR 09 (9212):** La ecolalia y la ecopraxia se observan en:

1. El síndrome catatónico.\*
2. El síndrome melancólico.
3. Las neoplasias frontales.
4. Los estados confusionales.
5. El estrés postraumático.

**MIR 14 (10390):** En el transcurso de la entrevista de un paciente, usted cae en la cuenta de que no está entendiendo lo que el paciente le dice. Decide centrar su atención en el discurso y se da cuenta de que éste no tiene una idea directriz a pesar de que fragmentos concretos del mismo resultan comprensibles. Esta alteración del lenguaje-pensamiento, típica por otro lado de la esquizofrenia, es lo que en psicopatología se conoce como:

1. Disociación del pensamiento.
2. Fuga de ideas.
3. Lenguaje perseverante.
4. Desorganización del pensamiento.\*
5. Bloqueo del pensamiento.

## 1.4. Criterios diagnósticos

- **SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS:** ≥2 durante al menos un mes (basta 1 si es delirio extraño o alucinaciones):
  - IDEAS DELIRANTES.
  - ALUCINACIONES.
  - Lenguaje desorganizado (descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia o neologismos).
  - Comportamiento catatónico o desorganizado.
  - Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, otros).
- **Disfunción sociolaboral.**
- **Duración:** signos de la alteración persisten al menos 6 meses entre pródromos, fase activa y fase residual.
- Descartar trastornos esquizoafectivo y trastorno del humor con síntomas psicóticos.
- No debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad somática

## 1.5. Subtipos de esquizofrenia

### ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

- La más frecuente.
- Inicio más tardío.
- Mejor pronóstico.
- Predominio de ideas delirantes persecutorias y pseudoalucinaciones y alucinaciones (sobre todo auditivas).



© Curso Intensivo MIR Asturias 2005

### ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA O DESORGANIZADA:

- Inicio precoz.
- Peor pronóstico.
- Inicio insidioso y curso continuo.
- Suele haber habido personalidad premórbida tímida y solitaria.
- Comportamiento desorganizado.
- Afectividad superficial e inapropiada (risas inmotivadas, desinhibición, burlas).
- Pensamiento desorganizado.



© Curso Intensivo MIR Asturias 2005

MIR 04 (7917): En la esquizofrenia desorganizada, una de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**:

1. Es sinónimo de hebefrenia.
2. Tiene mejor pronóstico a largo plazo que la esquizofrenia paranoide.\*
3. Existe desorganización en el lenguaje.
4. La afectividad está alterada y básicamente es aplanada.
5. Hay ideas delirantes fragmentadas y poco sistematizadas.

### ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA:

- Muy infrecuente.
- La de mayor sustrato biológico.
- **Terapia electroconvulsiva es eficaz.**
- Síntomas psicomotores graves: estupor, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cérica y obediencia automática.
- Ecolalia, ecopraxia.

### ESQUIZOFRENIA SIMPLE:

- No muy frecuente.
- Desarrollo insidioso y progresivo.
- Incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y disminución del rendimiento.
- Escasa respuesta emocional.
- Sin síntomas positivos claros.

### ESQUIZOFRENIA RESIDUAL:

Estado crónico final del curso de la esquizofrenia, en el que se ha producido una evolución progresiva desde los estadios inicia-

les hasta los finales, caracterizados por síntomas negativos y deterioro sin síntomas positivos.

### ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA:

Cuando no cumple criterios de los subtipos anteriores.

## 1.6. Estudios complementarios

Recordad: el diagnóstico es clínico. La presencia de alteraciones estructurales es de peor pronóstico.

### NEUROIMAGEN:

- Estructural (TAC, RM):
  - Aumento de ventrículos laterales y 3º ventrículo.
  - Materia gris reducida, sobre todo en lóbulo temporal.
  - Menor peso cerebral: -6%.
  - Atrofia cortical prefrontal y temporal (complejo amígdala-hipocampo).
  - Ensanchamiento de surcos corticales.
  - Disminución del tamaño de amígdala, hipocampo y circunvolución parahipocámpica.
- Funcional (SPECT, PET):
  - Hipofrontalidad: disminución relativa del metabolismo y/o flujo sanguíneo cerebral regional del córtex prefrontal.
  - Menor integridad de materia blanca en tractos frontotemporales.
  - Ganglios basales: disfunción pero pocos cambios estructurales.

### PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS:

- Dificultades en las funciones ejecutivas: capacidad de resolver problemas (por hipofrontalidad).
- Dificultades en la memoria de trabajo y peor atención sostenida.

### EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

Signos neurológicos menores (MIR):

- Coordinación pobre.
- Confusión derecha-izquierda.
- Movimientos en espejo.

### Neurofisiología:

- Sueño: disminución de la latencia del REM y del tiempo total de sueño.

MIR 99 (6367): ¿Cuál de los siguientes síntomas **NO** es típico de la esquizofrenia paranoide?:

1. Ideas delirantes de tipo persecutorio.
2. Respuestas paradójicas.
3. Alucinaciones auditivas en forma de voces.
4. Ambivalencia afectiva.
5. Alucinaciones visuales en forma de microzoopsias.\*

MIR 08 (8962): En la exploración física del paciente con esquizofrenia es frecuente encontrar:

1. Anomalías endocrinas.
2. Signos neurológicos menores.\*
3. Alteraciones cardiológicas.
4. Alteraciones inmunitarias.
5. Dermopatías crónicas.

MIR 11 (9684) Referido a las formas clínicas de la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **CIERTA**?:

1. La forma CATATÓNICA se presenta con sintomatología pobre, predominio de delirios y suele ser de inicio temprano.
2. En la forma HEBEFRÉNICA existe predominio de alteraciones psicomotrices, negativismo y conductas estereotipadas.
3. La presencia de estados de exaltación anímica, maníforme con extravagancias es propia de las formas SIMPLES.
4. La forma PARANOIDE presenta predominantemente trastornos del pensamiento y trastornos sensorio-perceptivos.\*
5. Los síntomas obsesivos y compulsivos asociados a disgregación progresiva son habituales en la forma ESQUIZOTÍPICA.



## 1.7. Pronóstico de la esquizofrenia (MIR)

### MEJOR PRONÓSTICO

- Buen ajuste premórbido (social, laboral).
- Edad de inicio más avanzada.
- Sexo femenino.
- Subtipo paranoide.
- Factores precipitantes obvios.
- Inicio agudo.
- Síntomas de trastornos del humor.
- Casado. Buen soporte sociofamiliar.
- Historia familiar de trastornos del humor.
- Síntomas positivos.
- **ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO:** importante y modificable.

MIR 03 (7655): Todas las siguientes son características asociadas a mal pronóstico en la esquizofrenia **EXCEPTO** una, señálela:

1. Existencia de un factor estresante precipitante.\*
2. *Inicio progresivo.*
3. *Antecedentes familiares de esquizofrenia.*
4. *Soltero.*
5. *Signos y síntomas neurológicos presentes.*

## 1.8. Tratamiento

Ante falta de respuesta al tratamiento o recaída, primero evaluar el grado de cumplimiento (MIR).

### TRATAMIENTO AGUDO:

- Objetivo: eliminar la sintomatología y retornar al nivel de funcionamiento premórbido.
- Antipsicótico: antipsicóticos atípicos. En episodios previos, el antipsicótico que haya sido eficaz excepto si hay problemas de tolerancia.
- Mejoran más los síntomas positivos (porque se deben a exceso de actividad dopaminérgica).

Puede ser necesaria la sujeción temporal ante casos de agitación psicomotriz y el ingreso involuntario.

### TRATAMIENTO de MANTENIMIENTO:

- Objetivo: prevención de nuevos episodios.
- 50% de los pacientes esquizofrénicos va a sufrir recidivas durante el año posterior por lo que es recomendable realizar mantenimiento.
- Antipsicótico: preferentemente el que se haya utilizado en la fase aguda. Mínima dosis eficaz.
- Verificar si se está cumpliendo el tratamiento (MIR) y valorar administrar medicación de liberación retardada.
- Utilizar los tratamientos psicosociales indicados.

### DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS

PRIMER episodio	1 – 2 años
MÚLTIPLES episodios	5 años - crónico
RIESGO VITAL	De forma indefinida (de por vida)

### TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

- Indicada en (MIR):
  - Pacientes catatónicos y hebefrénicos.
  - Pacientes con agitación importante.
  - Pacientes resistentes a varios antipsicóticos.
  - Pacientes que por algún motivo no pueden tomar antipsicóticos (embarazo, ancianos).
  - Elevado riesgo de suicidio.
  - Delirium o confusión grave no orgánica.

### PEOR PRONÓSTICO

- **AJUSTE PREMÓRBIDO POBRE:** El más importante pero NO modificable.
- Edad de inicio precoz.
- Sexo masculino.
- No existencia de factores precipitantes.
- Inicio insidioso.
- Comportamiento autista, retraimiento social.
- Soltería, viudedad. Escaso soporte sociofamiliar.
- Historia familiar de esquizofrenia.
- Síntomas negativos.
- Signos y síntomas neurológicos.
- Historia de trauma perinatal.
- Larga duración síntomas.
- Duración de psicosis no tratada prolongada.
- Muchas recaídas.
- Historia de abusos, agresiones.

### TRATAMIENTO PSICOSOCIAL:

- Entrenamiento en aptitudes sociales.
- Tratamiento cognitivo-conductual: entrenamiento en resolución de problemas, mejora de las distorsiones cognitivas
- Terapia familiar.
- Psicoeducación al paciente y familias.
- Tratamientos Asertivos Comunitarios: tratamiento intensivo de los casos graves.

MIR 93 (3521): ¿Cuál de los siguientes síntomas del paciente esquizofrénico mejora más con neurolépticos?:

1. Catatonía\*
2. Alogia.
3. Anhedonia.
4. Dificultad de atención.
5. Abulia y apatía.

MIR 01 (7131): El tratamiento integral de la esquizofrenia durante la fase de mantenimiento incluye varios abordajes. ¿Cuál de los tratamientos que se mencionan constituye una respuesta **FALSA**?:

1. Empleo continuado de antipsicóticos entre dos años y de por vida, atendiendo a la dosificación correcta y observando la "adherencia".
2. Tratamiento electro-convulsivo.
3. Empleo de técnicas de resolución de problemas.
4. Empleo de técnicas de control de "aurosal" (o estado de alerta).
5. Intervenciones psicoeducativas sobre la familia.

MIR 06 (8440): Al evaluar a un paciente que padece una esquizofrenia resistente al tratamiento la primera medida a considerar será:

1. Uso de la Terapia Electroconvulsiva.
2. Pasar el paciente a un antipsicótico atípico.
3. Verificar que el paciente estuviera cumpliendo el tratamiento prescrito.\*
4. Ingresar al paciente en un hospital.
5. Añadir un tratamiento psicoterapéutico.

## 2. Trastorno por ideas delirantes

- Llamada también **PARANOIA**.
- **Delirios no extraños:**
  - Situaciones que pueden ocurrir en la vida real.
  - **> 1 mes de duración.**
  - Bien organizados y estructurados (**creíbles**).
- **NO alucinaciones.**
- **NO disfunción sociolaboral acusada.**



## 2.1. Epidemiología

- Prevalencia vida: 0.025-0.03%.
- Incidencia: 1-3 casos / 100.000 habitantes / año.
- Edad media inicio: 40 años.
- Ligero predominio de mujeres.
- Más frecuente en clases sociales bajas o aisladas (déficits sensoriales, inmigrantes).

## 2.2. Clínica

- Inicio progresivo e insidioso (se habla de desarrollo en contraposición al proceso del delirio de la esquizofrenia).
- No alucinaciones prominentes o sostenidas (puede haber alucinaciones táctiles u olfativas en relación con el delirio).
- Lenguaje ampuloso o circunstancial cuando hablan de los delirios.
- No ruptura biográfica. La persona puede mantener un buen nivel de funcionamiento fuera del sistema delirante.
- Ausencia de conciencia de enfermedad
- **Delirios: sistematizados, factibles, lógicos (MIR).**
  - Percepciones correctas con interpretación delirante: **interpretativo.**
- **TIPOS más frecuentes (MIR):**
  - **Erotomaniaco** o **Síndrome de Clérambault**: más en mujeres.
  - **Grandiosidad** o megalomaniaco.
  - **Celotípico** o **Síndrome de Otelo**: más en varones. Muy frecuente en alcoholismo.
  - **Persecutorio**: el más frecuente. Más en varones.



- **Delirio Somático** (o psicosis hipocondríaca monosintomática): delirios de infestación de Ekböm, dismorfofobia, de mal olor corporal o halitosis. Igual frecuencia hombres y mujeres.



- **Delirios de falso reconocimiento:**
  - **Síndrome de Capgras**: ilusión de los dobles ("un familiar ha sido reemplazado por un impostor"). No se reconoce a un familiar.
  - **Fenómeno de Frégoli**: perseguidores o familiares asumen el disfraz de extraños. Se reconoce a un extraño.
- **Trastorno de negación, nihilista** o **Síndrome de Cotard**: delirio de haber muerto o de pérdida de los propios órganos.

## 2.3. Diagnóstico

- Ideas delirantes no «extrañas» de >1 mes.
- Nunca ha cumplido criterios de esquizofrenia.
- Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes, la actividad psicosocial y el comportamiento están conservados.
- Si ha habido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración ha sido breve en relación a la de ellas.
- No se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a enfermedad médica.

## 2.4. Curso y pronóstico

- **Curso crónico.** El delirio puede manifestarse de modo fluctuante, pero nunca deja de estar siempre latente, especialmente el persecutorio.
- Difícil de tratar (no conciencia de enfermedad y mal cumplimiento terapéutico).
- **Factores de buen pronóstico:**
  - Buen nivel de funcionamiento sociolaboral.
  - Sexo femenino.
  - Inicio antes de los 30 años.
  - Inicio súbito.
  - Breve duración de la enfermedad.
  - Factores desencadenantes: estrés, inmigración, aislamiento, conflictos familiares.
- Los de mejor pronóstico: persecutorio, somático y erotomaniaco.

T. DELIRANTE	ESQUIZOFRENIA
• 35-45 años	• 20-30 años
• Personalidad paranoide	• Esquizoide
• Desarrollo	• Proceso
• Sin deterioro del YO	• Deterioro del YO
• Delirio sistematizado, con propagación social	• No sistematizado, sin propagación social
• Poco frecuente	• Más frecuente

## 2.5. Tratamiento

- Antipsicóticos atípicos.
- La psicosis hipocondríaca monosintomática clásicamente se trata con pimocida (típico).

**MIR 01 (7132):** Uno de los siguientes criterios **NO** corresponde al diagnóstico de Trastorno Paranoide:

1. Es un delirio bien sistematizado.
2. Presenta una conducta rígida.
3. Ligero deterioro de la personalidad.
4. **Comprobación de la realidad acusadamente distorsionada.**
5. Adaptación social frustrada por el sistema delirante.



**MIR 03 (7657):** Una paciente de 62 años refiere que un famoso cantante le manifiesta desde hace años su amor, a través de insinuaciones o gestos en sus intervenciones públicas. Ha tratado, sin recibir respuesta, de comunicarse con él, mediante llamadas telefónicas, cartas o incluso yendo a su domicilio, por lo que fue denunciada. No sufre alucinaciones y su capacidad de juicio, fuera del tema citado, es totalmente adecuada. ¿Cuál sería la primera sospecha de diagnóstico?:

1. Depresión psicótica no congruente con el humor.
2. Trastorno de ideas delirantes persistentes.\*
3. Demencia incipiente.
4. Disfunción sexual hipererótica.
5. Esquizofrenia hebefrénica.

**MIR 11 (9689):** Una de las siguientes características clínicas corresponde al Trastorno Delirante:

1. Es un delirio estructurado y creíble, formado a base de creencias incorrectas acerca de la realidad externa.\*
2. Trastornos del curso del pensamiento (bloqueo o disgregación del curso del pensamiento).
3. Síntomas negativos como abulia y aplanamiento afectivo.
4. Alucinaciones auditivas.
5. Existe una conciencia clara de enfermedad.

**MIR 12 (9937):** En el diagnóstico diferencial entre paranoia y esquizofrenia, es **FALSO** que:

1. Los temas persecutorios aparecen en ambas entidades.
2. El delirio es más comprensible en la paranoia.
3. El Yo está más desestructurado en la esquizofrenia.
4. Ambas entidades aparecen clásicamente en las mismas edades\*.
5. Los síntomas disociativos son típicos de la esquizofrenia.

## 3. Trastorno esquizoafectivo

### 3.1. Epidemiología

- Prevalencia a lo largo de la vida: 0.5-0.8%.
- Más en mujeres (hombres inicio más precoz).

### 3.2. Clínica

- Síntomas de esquizofrenia (al menos 2 de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, síntomas negativos)
- Síntomas de episodio depresivo mayor, maníaco o mixto (especificar tipo depresivo o bipolar).
- Ideas delirantes o alucinaciones durante >2 semanas en ausencia de síntomas prominentes del estado de ánimo.
- Los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial de toda la evolución de los periodos activos y residual de la enfermedad.
- No se debe a sustancia o enfermedad médica.

### 3.3. Tratamiento

- Antipsicóticos atípicos.
- Dependiendo del subtipo:
  - Depresivo: antidepressivos.
  - Bipolar: estabilizadores.

## 4. Otros trastornos psicóticos

### 4.1. Trastorno esquizofreniforme

- Cumple los criterios diagnósticos para esquizofrenia, pero:
  - NO disfunción sociolaboral.
  - Duración entre 1 y 6 meses.
  - Recuperación del funcionamiento anterior una vez resuelto el trastorno.

### 4.2. Trastorno psicótico agudo y transitorio

Síndrome psicótico AGUDO y TRANSITORIO. Puede sobrevenir en respuesta a un factor de estrés psicosocial grave.

- Síntomas positivos de la esquizofrenia.
- Entre 1 día y 1 mes.
- Recuperación completa en el plazo de 2-3 meses (a menudo en pocas semanas o incluso días).

### 4.3. Trastorno psicótico inducido por sustancias

Relación temporal clara durante la intoxicación o la abstinencia o dentro del mes después al consumo.

### 4.4. Trastorno psicótico compartido

Transferencia de delirios de una persona a otra.

- La persona transmisora del delirio suele tener un trastorno psicótico.
- La persona a la que le han transmitido el delirio suele ser sugestionable (sin historia previa de trastorno psicótico).
- Relación inusualmente cercana entre ellos y relativamente aislados de otra gente.

### 4.5. Síndrome de Charles Bonnet

- Cuadro que cursa con alucinaciones visuales.
- Mala respuesta a neurolépticos.
- Típicamente precede a deterioro cognitivo en pacientes neurológicos o con déficit sensoriales (invidentes).

### 4.6. Psicosis postparto (puerperal)

Relación con el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor.

- Incidencia: 1-2 / 1000 nacimientos.
- 50% primíparas.
- Recurrencia del 20-25%.
- A los pocos días del parto (2-3 semanas).
- 3 tipos:
  - Estados confusionales de origen orgánico (infecciones, eclampsia, anemia).
  - Reacciones psicógenas ligadas a estrés.
  - Ligados al trastorno bipolar.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Síntomas prodrómicos: fatiga, insomnio, inquietud, labilidad emocional, depresión.
- Más adelante: suspicacia, confusión, incoherencia, afirmaciones irracionales, preocupación excesiva por la salud y bienestar del bebé.
- Ideas delirantes en el 50% de los casos.
- Pensamientos de infanticidio o suicidio.
- Alucinaciones en el 25%.
- Alteraciones de la motilidad: suelen referir incapacidad para moverse, pararse, o caminar.

TRATAMIENTO:

- Antipsicóticos.
- Litio.
- Antidepressivos.



## 1. ESQUIZOFRENIA

Distorsiones fundamentales y típicas de la percepción –alucinaciones–, del pensamiento –delirios– y de emociones –afectividad inapropiada o embotamiento afectivo– y cognición. Curso crónico. Produce incapacidad personal, laboral y/o sociolaboral. Escasa conciencia de enfermedad.

### 1.1. EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia vida: 1% (2MIR). Edad de inicio: 15-25 años en varones; 25-35 en mujeres. Si inicio después de los 45 años: esquizofrenia de inicio tardío (MIR). Varones algo más que mujeres (pero en examen igual habría que contestar que misma prevalencia). Mujeres: mejor pronóstico. Muerte por suicidio consumado: 5-10%.

### 1.2. ETIOPATOGENIA

- Factores genéticos (prevalencia en gemelos monozigóticos: 50%).
  - Factores biológicos: hiperactividad dopaminérgica.
- Factores psicosociales y ambientales:
  - Migración, consumo de sustancias.
  - Alteraciones durante embarazo o parto.

### 1.3. CLÍNICA

NO síntomas ni signos patognomónicos.

Síntomas positivos (5MIR)	Síntomas negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideas delirantes</li> <li>- Alucinaciones (o pseudoalucinaciones): auditivas</li> <li>- Lenguaje desorganizado</li> <li>- Afecto inapropiado</li> <li>- Comportamiento desorganizado/bizarro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alogia</li> <li>- Aplanamiento (embotamiento) afectivo</li> <li>- Anhedonia, aislamiento social</li> <li>- Abulia-apatía</li> <li>- Falta de autocuidados</li> </ul>
Mejor respuesta al tratamiento	Peor respuesta al tratamiento

Otros síntomas y trastornos asociados: humor disfórico, alteraciones del ritmo sueño/vigilia, alteraciones de la actividad psicomotora (alteraciones de la marcha, balanceo, estereotipias), falta de conciencia de enfermedad (falta de insight). Ansiedad. Abuso de cannabis, de tabaco, de cafeína. Suicidio.

### 1.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Síntomas característicos: 2 ó más de los siguientes durante al menos un mes, (menos si se ha recibido tratamiento). Vale con uno sólo si delirios o alucinaciones.

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado (disgregado, incoherente, tangencial, neologismos).
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia).

Disfunción socio-laboral.

Duración: signos de la alteración persisten al menos 6 meses entre pródromos, fase activa de síntomas característicos (>1 mes) y/o fase residual.

Descartar trastorno esquizoafectivo o trastorno del humor con síntomas psicóticos.

No debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga de abuso, fármacos) o de una enfermedad somática.

#### 1.4.1. Subtipos diagnósticos:

- **Paranoide** (MIR): la más frecuente (60-70%), de inicio más tardío, de mejor pronóstico. Predominio de ideas delirantes de persecución y pseudoalucinaciones o alucinaciones (auditivas). Respuestas paradójicas. Ambivalencia afectiva.
- **Hebefrénica o desorganizada**: la de inicio más precoz y de peor pronóstico. Regresión marcada a comportamientos primitivos, desinhibidos y desorganizados (2MIR). Afectividad superficial e inapropiada (risas inmotivadas). Marcado trastorno del pensamiento (desorganizado) y del lenguaje (incoherente). Pobre contacto con la realidad. Activos pero sin propósito, comportamiento tonto o fatuo, errático y vacío de contenido.
- **Catatónica**: muy infrecuente. Son característicos de esta forma los síntomas motores (MIR): estupor, excitación (a veces cambios rápidos entre ambos), mutismo, negativismo, catalepsia, flexibilidad cética, rigidez, obediencia automática. La de mayor sustrato biológico. Terapia electroconvulsiva es eficaz.
- **Indiferenciada**: cumplen los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero no satisfacen los criterios para ninguno de los tres subtipos específicos anteriormente descritos.
- **Simple**: no muy frecuente. Desarrollo progresivo de síntomas negativos característicos de la esquizofrenia residual, sin síntomas positivos claramente manifiestos. Escasa respuesta emocional (MIR).
- **Residual**: estado crónico del curso de la enfermedad, caracterizado por la presencia de síntomas negativos y de deterioro persistentes de al menos 1 año de evolución. Clara evolución progresiva desde los estadios iniciales (con síntomas psicóticos positivos) hacia los finales.



## 1.5. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Neuroimagen: aumento del tamaño ventricular (de los ventrículos laterales y del 3º ventrículo) (MIR).

## 1.6. PRONÓSTICO

Inicio brusco, factores desencadenantes, edad tardía, sexo femenino, apoyo familiar, síntomas depresivos y sobre todo un buen funcionamiento previo apoyan un buen pronóstico. El adecuado cumplimiento terapéutico es el principal factor pronóstico sobre el que podemos incidir.

## 1.7. TRATAMIENTO

Ante falta de respuesta o recaída evaluar cumplimiento terapéutico (MIR).

**Antipsicóticos atípicos:** son el tratamiento de elección (2MIR). Mejor respuesta de los síntomas positivos (MIR).

- Criterio de elección de un fármaco: buena respuesta previa al mismo. En los primeros episodios: antipsicóticos atípicos.
- La duración del tratamiento del 1º episodio debe ser de al menos un año. En la enfermedad con recaídas se debe mantener el tratamiento al menos 5 años antes de intentar la retirada (2MIR).

**TEC (terapia electroconvulsiva):** cuando fracasan los psicofármacos. Es de primera elección en (MIR):

- Forma catatónica y hebefrénica resistentes.
- Esquizofrenia con alto riesgo de suicidio.
- En gestantes y ancianos con pluripatología que tengan contraindicados los psicofármacos.

**Tratamiento psicosocial:** psicoterapia cognitivo-conductual: técnicas de control del estado de alerta y resolución de problemas (MIR).

Psicoterapia familiar: la alta expresividad familiar (hostilidad o crítica) se correlacionan con más recaídas. Psicoeducación al paciente y familia (MIR).

## 2. TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES (PARANOIA)

Presencia de 1 o varias ideas delirantes, relacionadas entre sí, no bizarras (de carácter interpretativo), que persisten al menos 1 mes, sin deterioro marcado del funcionamiento psicosocial (MIR).

No hay otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia (MIR). Puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias relacionadas con el tema delirante-, no auditivas ni visuales (o muy poco importantes) (MIR).

### 2.1. EPIDEMIOLOGÍA

- Raro; prevalencia: 0.025-0.03%. Edad de inicio. 35-55 años. Ligera preponderancia de mujeres. El aislamiento social favorece su aparición (sordera, inmigrantes).

### 2.2. CLÍNICA

- Inicio progresivo e insidioso.
- Delirio: interpretativo, lógico, posible y bien sistematizado (2MIR). Surge de un conflicto psicoafectivo.
  - Tipos: celotípico (MIR), grandioso, persecutorio (el más frecuente y mejor pronóstico), erotomaníaco (MIR), somático – psicosis hipocondríaca monosintomática- (MIR), mixto e inespecífico.

### 2.3. TRATAMIENTO

- Antipsicóticos atípicos.

## 3. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

- Episodio depresivo mayor, maníaco o mixto simultáneamente con síntomas esquizofrénicos (éstos han estado presentes sin síntomas afectivos durante al menos 2 semanas).
- Tratamiento: antipsicóticos y antidepresivos (subtipo depresivo) o eutimizantes (subtipo bipolar).

## 4. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

- Trastorno esquizofreniforme: equivalente a la esquizofrenia excepto en la duración: más de un mes y menos de 6 meses (incluyendo todas las fases: prodrómica, activa y residual). El tratamiento es similar a la esquizofrenia.
- Trastorno psicótico agudo y transitorio: presencia de delirios y/o alucinaciones y/o lenguaje desorganizado y/o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Duración: entre un día y un mes. Suele haber un desencadenante y recuperación completa.
- Trastorno psicótico compartido (*folie a deux*): trastorno de ideas delirantes inducidas.
- Psicosis postparto (puerperal) (MIR): en estrecha relación con el trastorno bipolar y depresión mayor.
  - Clínica: síntomas prodrómicos inespecíficos; suspicacia, confusión, afirmaciones irracionales, preocupación excesiva por el bebé; ideas delirantes en el 50%; alucinaciones en el 25%; alteraciones de la motilidad.



## 1. Introducción

### 1.1. Rasgos de personalidad

- Patrones persistentes y **estables** de formas de percibir, sentir y relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo.
- Se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales **-consistencia-**.

### 1.2. Trastornos de la personalidad

- Los rasgos de la personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y causan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.
- 3 grupos fundamentales: A, B y C.

CIE	DSM	
Paranoide	Paranoide	A
Esquizoide	Esquizoide Esquizotípico	
Disocial	Antisocial	
Inestabilidad Emocional - tipo impulsivo - tipo límite	Límite	B
Histriónico	Histriónico Narcisista	
Ansioso (con evitación)	por Evitación	C
Dependiente	por Dependencia Obsesivo-Compuls.	
Anancástico		
Otros - narcisista - excéntrico - inestable - inmaduro - pasivo-agresivo - psiconeurótico		
Sin especificación	No especificado	

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES:

- Patrón permanente, apartado acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, que se manifiesta en al menos 2 de las áreas siguientes:
  - Cognición.
  - Afectividad.
  - Actividad interpersonal.
  - Control de impulsos.
- Inflexible, se manifiesta en una amplia gama de situaciones personales y sociales
- Estable y de larga duración, y se inicia en la adolescencia o al principio de la vida adulta
- Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro sociolaboral o de otras áreas importantes de la vida del sujeto
- No se debe a otro trastorno mental ni a efectos directos de una sustancia o enfermedad médica.

#### NORMAS GENERALES DE TRATAMIENTO:

- Psicoterapia.
- Farmacoterapia: sintomática.
  - Eutimizantes, antidepresivos y antipsicóticos.
- Ingreso en unidad de hospitalización de psiquiatría si riesgo vital para sí o los demás.

MIR 07 (8698): La diferencia fundamental entre "rasgo de personalidad" y "trastorno de personalidad" es la siguiente:

1. No existen diferencias entre ambos conceptos. Se utilizan de modo equivalente.
2. El rasgo de personalidad es un patrón persistente de funcionamiento cognitivo, afectivo y relacional inflexible, desadaptativo y causa malestar.
3. El trastorno de la personalidad es un patrón persistente de funcionamiento cognitivo, afectivo y relacional inflexible, desadaptativo y causa malestar.\*
4. El rasgo de personalidad es por definición patológico y como tal debe de tratarse.
5. El rasgo de personalidad conduce inevitablemente hacia un trastorno de la personalidad.

## 2. Trastornos de personalidad tipo

### A

### 2.1. Trastorno paranoide

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia en población general: 0.5-3%
  - **FR: familias de esquizofrénicos, varones, minorías, inmigrantes y déficits sensitivos.**

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Sospechas de que los demás les van a engañar, hacer daño, de infidelidad: suspicacia.
- Ven significados ocultos amenazadores en hechos triviales, perciben ataques a su persona o reputación por lo que están dispuestos a contraatacar.
- Desconfianza en las relaciones interpersonales.
- Rencorosos, fríos afectivamente, racionales, generadores de miedo y conflictos.

### 2.2. Trastorno esquizoide

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia en población general: 0.5-7%.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- No disfruta con las relaciones sociales-familiares.
- Escaso interés en mantener relaciones sexuales.
- No amigos íntimos o de confianza.
- Escoge actividades solitarias.
- Indiferente a los halagos o críticas.
- Frialdad afectiva.
- Introversión.
- Fantasía rica, centrados en su propio mundo.

### 2.3. Trastorno esquizotípico

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia en población general: 0.5-5%.
  - Más en familiares de esquizofrénicos.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Experiencias sensorceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
- **Creencias raras o pensamiento mágico** que influye en el comportamiento, ideas de referencia no delirantes. Susplicia o ideación paranoide.
- **Comportamiento o apariencia rara, excéntrica.**
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Ansiedad social en relación a los temores.
- Lenguaje característico y peculiar.
- Desrealización, en situaciones de estrés pueden descompensarse y presentar síntomas psicóticos breves.



MIR FAMILIA 00 (6632) En el trastorno paranoide de la personalidad es **FALSO** que:

1. Exista un exceso de suspicacia.
2. Se tengan ideas delirantes de perjuicio.
3. Se tienda a ser rencoroso.
4. Se confíe poco en los demás.
5. Se sospeche de la fidelidad de la pareja.

MIR 09 (9209): Ante un hombre de 32 años, que desde hace años se muestra reservado, tiene escaso contacto con los sucesos cotidianos, escaso interés en las relaciones sexuales, suele estar interesado en actividades solitarias, apenas tiene amigos, y es poco influenciado ante críticas o elogios de los demás, se debería pensar en realizar un diagnóstico de:

1. Trastorno de la personalidad por evitación.
2. Trastorno antisocial de la personalidad.
3. Trastorno paranoide de la personalidad.
4. Trastorno esquizoide de la personalidad.\*
5. Trastorno narcisista de la personalidad.

## CLUSTER A (Raros)

### Trastorno Paranoide



Desconfianza y suspicacia.

### Trastorno Esquizoide



Distanciamiento de las relaciones sociales.

### Trastorno Esquizotípico



Distorsiones cognitivas o perceptivas, excentricidades del comportamiento.

- Introversos, incapaces de establecer y mantener relaciones interpersonales.
- Mal socializados, viven aislados, en distintas formas de marginalidad. Vulnerables a patología psiquiátrica.

## 3. Trastornos de personalidad tipo B

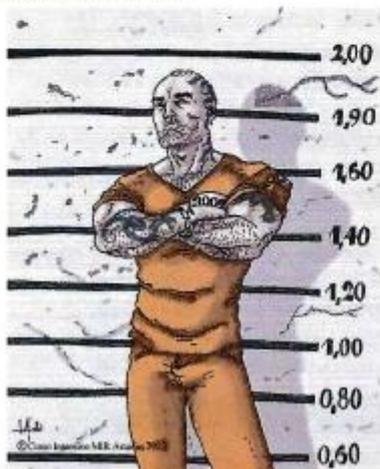
### 3.1. Trastorno antisocial

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia: hombres: 2-3.5%; mujeres: 1%.
- Inicio antes de los 15 años, se estructura como trastorno disocial en la adolescencia.
- Mayor en: zonas urbanas pobres, poblaciones carcelarias (hasta el 75%), presenta patrón familiar (5 veces más frecuente los familiares directos).

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Comportamientos ilegales, deshonestidad.
- Impulsividad, incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad (peleas, agresiones).
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Irresponsabilidad.
- Falta de remordimientos.



- Embaucadores.
- Abuso de sustancias y alcohol.
- Maltratadores.
- Suelen tener EEG anormal y signos neurológicos menores.

### 3.2. Trastorno de inestabilidad emocional

También llamado:

- LÍMITE.
- BORDERLINE.

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia en población general: 1.5-2%, está aumentando mucho.
- 2 mujeres : 1 hombre.
- Con el tiempo alta incidencia de depresión mayor.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.
- Relaciones interpersonales inestables e intensas, que alternan idealización y devaluación.
- Autoimagen inestable.
- Impulsividad dañina para sí en al menos 2 áreas (gastos, sexo, abuso de sustancias, etc)
- Autoagresiones: desde autolesiones con propósito ansiolítico, gestos parasuicidas, intentos autolíticos y suicidio consumado.
- Es el trastorno de personalidad que más frecuentemente cursa con autolesiones.
- Gran reactividad anímica e inestabilidad afectiva.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves.
- Alteraciones del sueño: latencia REM disminuida.
- Test de supresión con dexametasona y test de estimulación con TRH anormales.
- CI normal.



- de tipo impulsivo: predominio de ausencia de control de impulsos, explosiones de violencia, comportamiento amenazante.
- de tipo límite: autoimagen, objetivos y preferencias confusos, relaciones interpersonales intensas e inestables, amenazas suicidas y actos autolesivos.

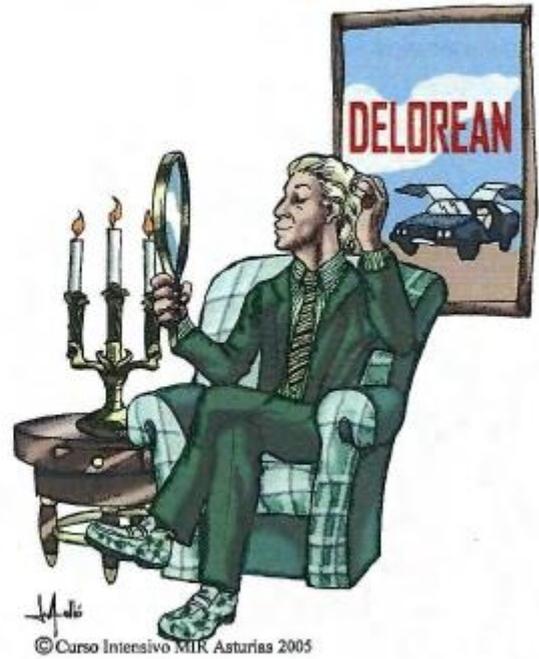
### 3.3. Trastorno histriónico

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia en población general: 2-3%.
- Más en mujeres.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Necesidad de ser el centro de atención.
- Comportamiento seductor o provocador. Utiliza su aspecto físico para atraer la atención.
- Expresión emocional superficial y cambiante.
- Dramatización, teatralidad, exagerada expresión emocional.
- Sugestionable y fácilmente influenciable.
- Considera sus relaciones más íntimas de lo que en realidad lo son.
- Otros: disfunción sexual (anorgasmia en las mujeres e impotencia en los varones), forma de hablar subjetiva.
- En situaciones de estrés su sentido de realidad se deteriora fácilmente.



- Exige admiración excesiva, trato de favor especial .
- Interpersonalmente explotador, carece de empatía.
- Envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
- Comportamiento arrogante, soberbio.

MIR 11 (9685) Una mujer de 23 años acude a urgencias por encontrarse muy nerviosa tras una discusión con su pareja. En su historia clínica se reflejan varias demandas semejantes en el año anterior, en dos de ellas tras un gesto autolítico. Se constatan también conflictos frecuentes en las relaciones de pareja, cambios laborales y discusiones familiares. Dice sentirse incomprendida por todos incluidos los psiquiatras que la atienden. El diagnóstico es:

1. Trastorno de la personalidad límite\*.
2. Trastorno de la personalidad histriónico.
3. Distimia.
4. Trastorno disociativo.
5. Trastorno de despersonalización.

MIR 04 (7916) Una joven de 23 años acude al servicio de urgencias con varios cortes superficiales en la cara interna de ambos antebrazos, y en un estado de somnolencia y torpor que hace suponer la ingesta reciente de psicofármacos o sustancias psicoactivas. La paciente alega que estaba muy nerviosa ("a punto de explotar") y que había ido tomando tranquilizantes sin encontrar mejoría, hasta que acabó autoinfligiéndose los cortes para paliar la tensión interna. Un episodio así es frecuente en:

1. La esquizofrenia.
2. El trastorno esquizotípico de la personalidad.
3. El retraso mental.
4. El trastorno explosivo intermitente.
5. El trastorno límite de la personalidad.\*

MIR 05 (8179): Todas las siguientes, EXCEPTO una, son indicaciones de ingreso psiquiátrico en pacientes con trastorno de Personalidad límite. Señale la INCORRECTA:

1. Peligro inmediato para otros.
2. Impulsividad suicida o intentos suicidas serios.
3. Episodio psicótico transitorio con impulsividad.
4. Crisis en el tratamiento con repercusiones en la vida y el entorno del paciente.
5. Episodio depresivo.\*

MIR 07 (8701): Señalar el trastorno de la personalidad en el que es más frecuente la presencia de autolesiones:

1. Trastorno narcisista de la personalidad.
2. Trastorno paranoide de la personalidad.
3. Trastorno antisocial de la personalidad.
4. Trastorno límite de la personalidad.\*
5. Trastorno obsesivo de la personalidad.

### 3.4. Trastorno narcisista

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia en población general: <1%.
- Más en varones.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Autoimportancia. Fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza. Cree que es especial y único.



**MIR 08 (8958):** Paciente de 27 años que acude por tercera vez en la semana a la urgencia por cortes superficiales, autoinflingidos, en ambos brazos. En la entrevista clínica destacan datos como importante impulsividad, consumo de diferentes tóxicos de manera abusiva, inestabilidad en las relaciones y numerosos intentos autolíticos. Señale el diagnóstico más probable:

1. Fase maniaca de un trastorno afectivo bipolar.
2. Trastorno de personalidad límite.\*
3. Trastorno de personalidad esquizotípico.
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Síndrome de Cotard.

**MIR 13 (10218):**

Una mujer de 23 años acude a urgencias por encontrarse muy nerviosa tras una discusión con su pareja. En su historia clínica se reflejan varias demandas semejantes en el año anterior, en dos de ellas tras un gesto autolítico. Se constatan también conflictos frecuentes en las relaciones de pareja, cambios laborales y discusiones familiares. Dice sentirse incomprendida por todos incluidos los psiquiatras que la atienden. El diagnóstico sería:

1. Trastorno de la personalidad límite.\*
2. Trastorno de la personalidad histriónico.
3. Distimia.
4. Trastorno disociativo.
5. Trastorno de despersonalización.

## 4. Trastornos de personalidad tipo C

### 4.1. Trastorno por evitación

**EPIDEMIOLOGÍA:**

- Prevalencia en población general: 0.5-1%.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

- Evita contacto interpersonal importante por miedo a las críticas, por lo que evita trabajos o actividad con personas. No se implica con la gente si no está seguro de que va a gustar. Represión en las relaciones íntimas.
- Sentimientos de inferioridad que le hacen que se inhiba en situaciones sociales nuevas.
- Imagen de sí mismo como de inepto socialmente, poco interesante.
- Muy reacio a correr riesgos.

### 4.2. Trastorno por dependencia

**EPIDEMIOLOGÍA:**

Prevalencia: 0.5-5%.

- Más frecuente en mujeres.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

- Voluntario para hacer las tareas desagradables para lograr protección y apoyo de los demás.
- Incapaz de iniciar proyectos, hacer las cosas a su manera, expresar desacuerdo por temor a perder el apoyo. Dificultad para decidir sobre cuestiones cotidianas.
- Incómodo y desamparado si está solo; búsqueda urgente de nueva relación si termina una relación importante.
- Otros han de asumir la responsabilidad sobre su vida.
- En el trastorno psicótico compartido (folie á deux) el miembro que adopta el sistema delirante suele tener un trastorno de la personalidad por dependencia. Suelen aguantar durante tiempo prolongado abusos, infidelidades, malos tratos.

## 4.3. Trastorno obsesivo-compulsivo (anancástico)

**EPIDEMIOLOGÍA:**

- Prevalencia: 1-2%.
- Más frecuente en:
  - Hombres.
  - Familiares directos de las personas que sufren el trastorno.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

- Dedicación excesiva al trabajo con exclusión de actividades de ocio.
- Obstinado, rígido, inflexible.
- Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas.
- Avaro.
- No sintomatología alucinatoria o delirante.
- Dificultad para delegar tareas, tirar objetos inútiles.
- Preocupado por el orden, listas, normas, horarios, detalles hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
- Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas que reflejan una profunda inseguridad personal; pedertería; capacidad limitada para expresar emociones.
- Egosintónico, personalidad reconocida como propia (a diferencia de TOC: egodistónico).

## 5. Trastornos de personalidad no especificados

### 5.1. Trastorno pasivo-agresivo

- Patrón generalizado de actitudes negativistas y resistencia pasiva a las exigencias de desempeño adecuado.

### 5.2. Trastorno depresivo

- Patrón generalizado cognitivo y de comportamiento depresivo.

**MIR 09 (9204):** Señalar en cuál de los siguientes trastornos de la personalidad es más **IMPROBABLE** la aparición de sintomatología alucinatoria:

1. Trastorno límite.\*
2. Trastorno esquizotípico.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo.\*
4. Trastorno esquizoide.
5. Trastorno paranoide.

## Manifestaciones de los distintos trastornos de la personalidad

## CLUSTER B "Sujetos Inmaduros"

## Trastorno Antisocial



© Curso Intensivo MIR Asturias 2005

Desprecio y violación de los derechos de los demás.  
Nulo arrepentimiento.

## Trastorno Límite



© Curso Intensivo MIR Asturias 2005

Inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad.  
Autolesiones.

## Trastorno Histriónico



© Curso Intensivo MIR Asturias 2005

Excesiva emotividad y búsqueda de atención.

## Trastorno Narcisista



© Curso Intensivo MIR Asturias 2005

Grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Mal socializados, conductas descontroladas o inconvenientes.  
Desajustados emocionalmente.

## CLUSTER C (Temerosos)

### Trastorno por evitación



### Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad



### Trastorno Dependiente



Temor a la evaluación negativa por los demás  
Aislamiento social

Miedo a todo, muy preocupados por el orden.  
Obsesiones egosintónicas (diferencia con el TOC)

Miedo a la soledad. Hipersensibles a la desaprobarción.  
Autoestima nula.  
Se adhieren a otras personas.

- Comparten características de ansiedad o miedo. Introversos y neuróticos.
- No solo tienen miedo a determinadas situaciones sino que las estrategias para afrontarlo son disfuncionales.



## RESUMEN DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

### 1. INTRODUCCIÓN

- Patrón permanente, inflexible y estable, de cognición, afectividad y comportamiento, que se manifiesta en una amplia gama de situaciones.
- Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la vida del sujeto.
- Aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez.
- Más frecuentes en varones: paranoide, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo.
- Más frecuentes en mujeres: límite, histriónico, por dependencia.

### 2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD CLUSTER A

- Introversos, incapaces de establecer y mantener relaciones interpersonales.
- Mal socializados, viven aislados, en distintas formas de marginalidad.
- Desajustados emocionalmente.
- Vulnerables a patología psiquiátrica (sobre todo psicosis).
- Tipos: **PARANOIDE, ESQUIZOIDE, ESQUIZOTÍPICO.**
- **PARANOIDE:** Suspición excesiva.
- **ESQUIZOIDE:** Solitario, no disfruta de relaciones interpersonales.
- **ESQUIZOTÍPICO:** Creencias extrañas, comportamientos extravagantes.

### 3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD CLUSTER B

- Mal socializados, conductas descontroladas o inconvenientes.
- Desajustados emocionalmente.
- Tipos: **ANTISOCIAL, INESTABILIDAD EMOCIONAL O LÍMITE, NARCISISTA, HISTRIÓNICO.**
- **ANTISOCIAL:** incumplimiento y violación sistemática de normas sin arrepentimiento.
- **INESTABILIDAD EMOCIONAL:** inestabilidad en autoimagen, relaciones y emociones. Gran impulsividad y autolesiones frecuentes.
- **NARCISISTA:** grandiosidad, necesidad de admiración, falta de empatía.
- **HISTRIÓNICO:** teatralidad, exageración.

### 4. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD CLUSTER C

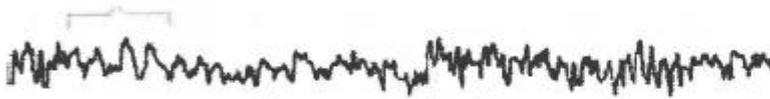
- Caracterizados por ansiedad importante.
- Tipos: **POR EVITACIÓN, OBSESIVO-COMPULSIVO O ANANCÁSTICO, POR DEPENDENCIA.**
- **POR EVITACIÓN:** sentimientos de inferioridad que producen incapacidad en habilidades sociales.
- **OBSESIVO-COMPULSIVO:** perfeccionismo excesivo que produce ineficacia y sufrimiento.
- **POR DEPENDENCIA:** dependencia de terceras personas por baja autoestima.

### 5. TRATAMIENTO

- **Psicoterapia:** muy eficaz.
- **Farmacoterapia sintomática.** Se utilizan prácticamente todos los psicofármacos porque ninguno es específico: ansiolíticos, antidepresivos, eutimizantes, antipsicóticos.
- **NO TEC.**
- Ingreso en unidad de hospitalización de agudos si riesgo vital para sí o los demás (**MIR**).

## 1. Sueño normal

- 7-8 horas diarias con grandes variaciones.
- 4-5 ciclos de sueño durante la noche, cada uno dura entre 70-100 minutos. En cada ciclo se repiten 4 fases de sueño No REM cada vez más profundo [I, II y delta (antes III, IV)] y una fase de sueño REM.
- Fase I: transición entre vigilia y sueño.
  - En el EEG: ondas alfa y theta.



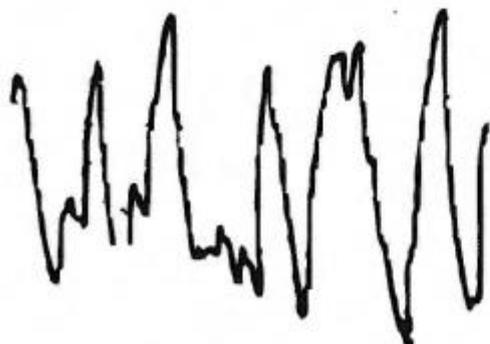
Adormecimiento, ondas alfa

- Fase II (el 50% del tiempo total de sueño) o sueño superficial.
  - En el EEG: ondas theta, husos de sueño y complejos K.
  - En el EMG: hipotonía progresiva.
  - Los HUSOS de sueño (spindles) son salvas de ondas sinusoidales 12-14 Hz de 0,5-1,5 sg que se repiten cada 3-8 minutos.
  - Los complejos K son ondas lentas bifásicas (ondas negativas escarpadas seguidas de un componente positivo) amplitud mínima de 75 microvoltios y al menos 0,5 sg de duración. Se repiten cada 1-3 minutos. Un estímulo que despierte al sujeto en fase I puede producir un complejo K en fase II sin que el individuo se despierte



Husos de sueño, y puntas de vertex, fase 2

- Sueño delta (antiguas fases III y IV), profundo o lento:
  - En el EEG ondas deltas -baja frecuencia: 0,5-3 Hz y amplio voltaje: 75 microV-.
  - En el EMG: hipotonía extrema.
  - En el EOG: ausencia de movimientos oculares.



Sueño profundo, fase delta

- El sueño REM (rapid eye movements) o MOR (movimientos oculares rápidos) aparece aproximadamente a los 90 minutos tras iniciarse el sueño: es lo que se denomina latencia del sueño REM. En la depresión endógena o melancólica (y en el trastorno límite de personalidad) la latencia del sueño REM está disminuida (40 minutos o menos).
  - En esta fase el EEG muestra un ritmo de base Beta (13-22 Hz) similar al de la vigilia y ondas en diente de sierra.
  - En el EMG se registra atonía muscular.
  - En el EOG movimientos oculares rápidos. Es la fase de las ensueñaciones.
- Los primeros episodios REM son de corta duración, con aumento progresivo hasta más de 30 min el último, al contrario de lo que ocurre con la fase delta, que se acorta durante la noche.

MIR 91 (2829): El patrón del encefalograma en la fase REM del sueño corresponde a:

1. Ondas alfa
2. Ondas beta.\*
3. Ondas delta.
4. Ondas theta.
5. Ondas de bajo voltaje y espigas (husos del sueño).

DURACIÓN DE LAS DISTINTAS FASES DEL SUEÑO EN EL ADULTO Y RECIÉN NACIDO:

Adulto:

- Fase I: 5% del total del tiempo de sueño.
- Fase II: 50%.
- Sueño delta: 25%.
  - En RN no hay sueño delta. En la infancia (a partir del primer año) la duración del sueño delta es máxima. Esta fase del sueño va disminuyendo con la edad a medida que se incrementa la fase II. En la vejez acaba por desaparecer la fase delta.
- Sueño REM: 20-25%.
  - En el RN, la fase REM ocupa un 50% del tiempo total de sueño. El sueño REM permanece constante a lo largo de toda la vida adulta y su cantidad absoluta se ha relacionado con un adecuado funcionamiento cognitivo.

MIR 01 (7037): ¿Cuál de estas afirmaciones sobre el sueño es FALSA?:

1. El sueño REM ocupa un 20-25% del tiempo del sueño total en adultas.
2. En ancianos sanos puede estar muy reducida la fase 4 de sueño no-REM.
3. El sueño REM y no-REM se alternan en ciclos de 90-110 minutos.
4. El sueño de ondas lentas corresponde a las fases 3 y 4 del sueño no-REM.
5. El sueño REM ocupa menos de un 10% del tiempo de sueño total en lactantes.\*



		SUEÑO				
		Sueño NREM (NMOR)			SUEÑO REM (MOR) 20-25%	
		FASE I 5%	FASE II 50%	SUEÑO DELTA 25%		
				FASE III 12%	FASE IV 13%	
VIGILIA ACTIVA (ojos abier- tos) beta > 12Hz fron- tal	RELAJA CION (ojos cerrados) alfa (8- 12Hz) occi- pital					
EEG	beta > 12Hz fron- tal	theta (4-8Hz)	theta husos de sueño (12-14 Hz) complejos K (ondas lentas y bifásicas)	delta (< 4Hz)		beta (>12Hz) ondas en "dientes de sierra"
EMG	Activo	Hipotonía	+	Hipotonía progresiva	+++	Atonía
EOG	Mvtos. rápidos	Movimientos lentos rotatorios "en balancín"			Ausentes	rápidos, conjugados
PROFUN DIDAD		Superficial		Media	Profundo	media
FC, TA, FResp		Descenso, estabilidad				Aumento de la T.A taquicardias y apneas
Regulación hormonal		PRL GH (+) TSH(-) ACTH (-)				
Fenómenos fásicos						"ensueños" Erecciones peneanas Poiquilotermia
Tª		Homeotermia				
Parasomnias				Bruxismo	Sonambulismo Terror nocturno	Pesadillas, T del sueño REM

## 2. Disomnias

Alteración de la cantidad calidad u horario del sueño. Son: insomnio, hipersomnio y trastornos del ritmo sueño-vigilia.

### 2.1. Insomnio no orgánico

#### EPIDEMIOLOGÍA:

El trastorno de sueño más prevalente.

- El 10-15% de la población adulta tiene insomnio crónico y el 25-35% transitorio o de corta duración.
- Las mujeres 1,3 veces más.
- Los >65 años 1,5 veces más.
- El secundario a un trastorno mental es el subtipo más frecuente (30-50% de los insomnes).

#### CLÍNICA:

- Quejas de sueño: dificultad de conciliación, mantenimiento o sueño poco reparador.
- Frecuencia: al menos 3 veces/semana durante por lo menos 1 mes.
- La no satisfactoria cantidad o calidad del sueño produce marcado malestar o interfiere con las actividades socio-laborales.
- Ausencia de causa orgánica conocida (nerológica, somática, medicamentos o uso de sustancias psicoactivas).
- En función de su **NATURALEZA** el insomnio puede ser:
  - De conciliación: típico de trastornos de ansiedad.
  - De mantenimiento: típico del trastorno por estrés post-traumático.
  - Despertar precoz: al menos 2 horas antes de lo habitual. Típico de la depresión endógena.

- En función de su **DURACIÓN**, el insomnio puede ser:
  - Transitorio: duración inferior a 1 semana. Existencia de acontecimientos desencadenantes (jetlag, examen). Tratamiento de elección: fármacos hipnóticos.
  - De corta duración: entre 1 y 3 semanas. Desencadenado por acontecimientos adversos que desencadenan estrés más duradero. Tratamiento: hipnóticos.
  - De larga duración o crónico: más de 3 semanas. Tratamiento: etiológico + medidas de higiene del sueño + hipnóticos durante cortos periodos de tiempo (máximo 2 meses, incluyendo en ellos 1 mes de retirada progresiva para evitar el insomnio de rebote).

En función de su **ETIOLOGÍA**, el insomnio puede ser:

- Primario o psicofisiológico.
- Secundario:
  - Trastornos mentales: todos.
  - Enfermedades somáticas.
  - Fármacos y sustancias de abuso.
  - Factores ambientales (ruido, Tª, altitud).



#### Enfermedades somáticas

Insomnio familiar fatal: degeneración esponjiforme de núcleos talámicos que debuta con insomnio, progresa al coma y la muerte.

Artritis reumatoide  
Asma  
Cáncer  
Cefaleas  
Corea de Huntington, Demencia  
Diabetes  
Distrofia muscular de Duchene  
Encefalopatía hepática  
Enfermedad cerebrovascular  
EPOC  
Epilepsia  
Esofagitis  
Fibrosis quística  
Hipertiroidismo  
Infarto de miocardio  
Insuficiencia renal crónica  
Menopausia  
Parkinson  
Reflujo gastroesofágico  
SIDA  
Prolapso válvula mitras

#### Fármacos y sustancias de abuso

Abstinencia de alcohol  
Alfametildopa  
Anticonceptivos orales  
Beta bloqueantes, Broncodilatadores  
Corticosteroides  
Difenilhidantolna  
Hormonas tiroideas  
IMAO  
Psicoestimulantes  
Teofilinas  
Tiazidas

#### TRATAMIENTO:

Evaluación inicial para descartar causalidad (en cuyo caso tratamiento sintomático si se puede).

- **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:**

- Psicoeducación.
- Medidas de higiene del sueño.
- Técnicas de relajación.
- Reestructuración cognitiva.

#### HIGIENE DEL SUEÑO

- Horario regular de acostarse y levantarse. No permanezca en la cama más de 8 horas/día.
- Si se despierta a media noche y no logra conciliar el sueño, levántese y realice alguna actividad relajante hasta que vuelva a sentir sueño.
- Evite dormir durante el día.
- Abstención de bebidas estimulantes y alcohol por la tarde-noche.
- No fumar antes de acostarse ni durante la noche.
- Efectúe ejercicio físico durante el día de forma regular pero nunca en las tres horas antes de acostarse.
- Establezca una rutina relajante que prepare el sueño.
- Mantenga temperatura confortable en la habitación así como oscuridad y tranquilidad

- **MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:**

- Fármacos hipnóticos para el tratamiento agudo del insomnio.
- Los más utilizados son los agonistas del receptor de benzodiazepina (sólo 2 meses incluyendo 1 mes para la retirada del fármaco).

Otros fármacos con capacidad hipnótica: antidepresivos sedantes (mirtazapina, trazodona), antipsicóticos sedantes (clotiapina), clometiazol (útil en ancianos).



# RESUMEN DE TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO

## 1. SUEÑO NORMAL

4-5 ciclos de sueño por noche. Cada ciclo: Fase I, II, delta (III y IV) y fase REM.

	VIGILIA ACTIVA (ojos abiertos)		RELAJACION (ojos cerrados)		SUEÑO			
					Sueño NREM (NMOR)			SUEÑO REM (MOR) 20-25%
					FASE I 5%	FASE II 50%	SUEÑO DELTA 25%	
				FASE III 12%	FASE IV 13%			
EEG	beta > 12Hz frontal	alfa (8-12Hz) occipital	theta (4-8Hz)	theta husos complejos K	delta (< 4Hz)		beta (> 12Hz) ondas en "dientes de sierra" (MIR)	
EMG	activo	hipotonía	hipotonía				atonía	
EOG	mvtos rápidos	movimientos lentos rotatorios "en balancín"	ausentes				rápidos, conjugados	

En el recién nacido la fase REM ocupa un 50% del tiempo total de sueño (MIR), y no hay fase delta. A partir del primer año la duración del sueño DELTA es máxima y luego disminuye hasta desaparecer prácticamente en la vejez.

## 2. DISOMNIAS

Alteración de la cantidad, calidad u horario de sueño. Son para la CIE-10: insomnio, hipersomnio, t del ritmo sueño-vigilia.

### 2.1. INSOMNIO NO ORGÁNICO

#### EPIDEMIOLOGÍA:

- El trastorno del sueño más prevalente. Más en mujeres, >65 años, pacientes psiquiátricos.

#### CLÍNICA:

- Quejas sobre dificultad para conciliar, mantener o sueño poco reparador.
- Presentes al menos 3v/s durante 1 mes (DSM-IV: al menos 1 mes).
- Marcado malestar o interferencia socio-laboral.
- No causa orgánica conocida.

#### En función de la duración:

- Transitorio: dura <1 semana. Acontecimientos desencadenantes identificables. Hipnóticos.
- A corto plazo: entre 1 y 3 semanas. Acontecimientos desencadenantes más duraderos. Hipnóticos.
- De larga duración o crónico: >3 semanas. Tratamiento: etiológico + medidas de higiene de sueño + hipnóticos por cortos periodos de tiempo (2 meses).

#### En función de la etiología:

- Primario, psicofisiológico.
- Secundario:
  - trastornos mentales: todos.
  - fármacos y drogas de abuso: corticoides, IMAOs, broncodilatadores, betabloqueantes, derivados tiroideos, drogas estimulantes.
  - enfermedades somáticas: demencia, EPOC, asma, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades que cursen con dolor, reflujo gastroesofágico.
  - factores ambientales: ruido, Tº, altitud.

#### TRATAMIENTO: etiológico si es posible; el farmacológico sólo por periodos cortos de tiempo.

- Medidas no farmacológicas: psicoeducación, higiene del sueño, relajación, reestructuración cognitiva.
- Farmacológico: benzodiacepinas, zaleplon, zolpiden, zopiclona, antidepresivos sedantes.



- Para la **deshabitación del alcohol** además de tratamiento psicosocial se utiliza tratamiento farmacológico. Para reducir el craving (deseo de consumir) se utiliza Naltrexona. El Topiramato ayuda en el control de impulsos. Para aumentar el efecto tóxico del alcohol y así generar rechazo a su ingesta (provocan efectos histaminérgicos muy desagradables) se utiliza Disulfiram y Cianamida.

## 1. Generalidades

### 1.1. Conceptos generales

**DROGA:** Sustancia que al ser introducida en el organismo produce una alteración de la conducta y/o el estado psíquico.

**INTOXICACIÓN:** Síndrome reversible que se caracteriza por la aparición de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos y fisiológicos.

**TOLERANCIA DIRECTA:** Estado de adaptación caracterizado por la disminución de los efectos de una sustancia tras la administración repetida de la misma.

**Tolerancia inversa:** Alcanzar progresivamente idénticos efectos con dosis progresivamente menores.

**Tolerancia cruzada:** Disminución del efecto de una sustancia como consecuencia del consumo continuado de otra de características similares.

**DEPENDENCIA:** Presencia de signos y síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y las sigue tomando a pesar de sus consecuencias adversas.

Criterios para establecer el diagnóstico de dependencia (sirven para drogas y alcohol):

Tres o más de los ítems siguientes: (deben estar presentes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses).

1. Tolerancia.
2. Abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que en principio se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de esa sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de dicha sustancia.
6. Reducción importante de las actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de la sustancia.
7. Se continua tomando la sustancia a pesar de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

**ABUSO / CONSUMO PERJUDICIAL:** Patrón desadaptativo de consumo que no llega a cumplir los criterios diagnósticos de la dependencia. No se presenta síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo.

- Decimos que una sustancia produce **DEPENDENCIA FÍSICA** cuando al suprimir su consumo, produce un estado fisiológico alterado (síndrome de abstinencia), que es específico para cada sustancia. Drogas que producen dependencia física: alcohol, opiáceos, barbitúricos, BZD.
- La **DEPENDENCIA PSÍQUICA** se traduce no en síntomas físicos, sino en un estado de ansiedad y nerviosismo, que lleva a una necesidad irresistible de consumo (craving, relacionado con el neurotransmisor dopamina). Sustancias que producen dependencia psíquica: cocaína, anfetaminas, cannabis o tabaco.

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA:

Síndrome específico para cada sustancia que aparece después de interrumpir o disminuir el consumo tras una ingesta crónica. Causa malestar clínicamente significativo y deterioro de la actividad social o laboral.

- **AGUDO:** Conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparece inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva. Dura de 4-10 días. Cede al consumir de nuevo la droga. Es específico para cada sustancia. El síndrome de abstinencia

a alcohol o barbitúricos puede poner en peligro la vida del sujeto, no así el síndrome de abstinencia a opiáceos.

- **TARDIO:** Disregulación del sistema nervioso vegetativo y de las funciones psíquicas básicas que persisten durante largo tiempo (meses o años) tras la abstinencia.

### SÍNDROME AMOTIVACIONAL:

- Aparece con todas las sustancias que crean dependencia.
- Consiste en: **astenia, apatía, falta de interés, reducción generalizada de cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, disminución de la atención.**
- **Suele persistir largo tiempo después de dejar el tóxico y dificulta enormemente la deshabitación y reinserción social.**



© Centro de Estudios de Psicología y Ciencias de la Salud

**MIR 03 (7656):** ¿Cuál de las siguientes opciones relacionadas con el consumo de sustancias es **INCORRECTA**?:

1. La intoxicación producida por sustancias se define como un síndrome reversible que se caracteriza fundamentalmente por la aparición de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos y fisiológicos.
2. La abstinencia se define como un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo, que causa un malestar clínicamente significativo y/o un deterioro de la actividad laboral y social.
3. El abuso o consumo perjudicial se define como un patrón desadaptativo de consumo que no llega a cumplir los criterios diagnósticos de la dependencia.
4. El concepto de tolerancia a una sustancia hace referencia al hecho de que con el consumo continuado se precisan cada vez dosis menores para producir el mismo efecto.\*
5. El síndrome de abstinencia producido por la falta de la dosis de la sustancia consumida tiene características específicas para cada sustancia y se alivia con un nuevo consumo de la misma.

### 1.2. Tratamiento de las drogodependencias

Comprende 3 fases:

#### DESINTOXICACIÓN:

- Conseguir que el paciente deje de consumir droga.
- La desintoxicación de la mayoría de las sustancias se consigue entre 7 y 14 días (incluso menos) sin riesgo para la vida del paciente. Permite al organismo funcionar sin la droga. Se ofrece un apoyo para evitar el síndrome de abstinencia agudo.
- No se consigue evitar el síndrome de abstinencia tardío ni la dependencia psíquica.

**DESHABITUACIÓN:**

Proceso largo y complejo en el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío mientras el paciente aprende una serie de estrategias terapéuticas (comportamentales) que le permitirán no recaer en el consumo.

- Dos tendencias:
  - Aíslar al paciente del contexto social donde se producía el consumo
  - Mantenerlo en el mismo contexto social intentando mantener la abstinencia mediante ayuda psicológica de tipo comportamental.

**REINSERCIÓN:**

- Debe solaparse con la fase 2 (deshabitación), con la progresiva integración del individuo en el medio social que le corresponde.

**2. Opiáceos**

AGONISTAS PUROS Afinidad por receptores $\mu$ , receptores $\kappa$ y $\delta$ .	AGONISTAS PARCIALES Afinidad por receptores $\mu$ , no por receptores $\kappa$ ni $\delta$ .	AGONISTA/ANTAGONISTA (MIR) Antagonistas $\mu$ , agonistas parciales $\kappa$ y $\sigma$ .	ANTAGONISTA (MIR) Afinidad por todos los receptores pero sin actividad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfina (<math>t_{1/2} = 4-6</math> h)</li> <li>• Heroína (<math>t_{1/2} = 3-4</math> h)</li> <li>• Metadona (<math>t_{1/2} = 24</math> h)</li> <li>• Meperidina</li> <li>• Fentanilo (<math>t_{1/2} = 1</math> h)</li> <li>• Codeína</li> <li>• Dextropropoxifeno</li> <li>• Propoxifeno</li> <li>• Loperamida</li> <li>• Difenoxilato</li> <li>• Levorfanol</li> <li>• Hidromorfona</li> <li>• Oxiconona</li> <li>• Oximorfona</li> <li>• Tramadol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buprenorfina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nalorfina</li> <li>• Pentazocina</li> <li>• Levalorfanol</li> <li>• Ciclorfanol</li> <li>• Butorfanol</li> <li>• Nalbufina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naloxona</li> <li>• Naltrexona</li> <li>• Nalmefene</li> </ul>

• **OPIÁCEOS:** Sustancias derivadas del opio o productos de síntesis que se acoplan a los receptores opioides del SNC. Estas sustancias presentan tolerancia cruzada entre ellas.

- **Agonistas puros:** reproducen los efectos naturales y los de la intoxicación.
- **Agonistas parciales:** si se administran solos ocupan el receptor sin dar lugar a los efectos de la intoxicación, aunque sí, en menor grado, a los analgésicos. Son capaces de antagonizar los efectos de un agonista puro cuando se administran conjuntamente.
- **Agonistas / Antagonistas:** si se administran solos cierto efecto analgésico. Se comportan como antagonistas al ser administrados junto a un agonista puro.
- **Antagonistas:** poseen afinidad por los receptores pero carecen de actividad. Impiden y revierten la acción de los agonistas. Su supresión brusca no produce síndrome de abstinencia.
- La vida media de los opiáceos se relaciona inversamente con la intensidad del síndrome de abstinencia y directamente con la aparición de la sintomatología y duración de la misma ( $t_{1/2}$  corta: síndrome de abstinencia de aparición más precoz, más intenso y de menor duración).
- **SUSTANCIAS OPIOIDES:** las producidas por el organismo (encefalinas, endorfinas, dinorfinas) que se acoplan a los mismos receptores.

**2.1. Uso médico de los opiáceos**

- **Analgésia:** dolores intensos agudos (incluidos cánceres terminales) y dolor crónico (morfina).
- Parto: meperidina (no reduce motilidad uterina). La meperidina no se usa en el tratamiento del dolor crónico porque su metabolito activo (normeperidina) produce disforia y excitación del SNC (mioclonias, temblor y convulsiones) y se acumula durante días después del inicio o aumento de las dosis sobre todo en pacientes con insuficiencia renal.
- **NO se usan en colecistitis aguda pues contraen el esfínter de Oddi.**
- Anestesia y transdérmicos para dolor crónico: fentanilo.
- **Edema agudo de pulmón cardiogénico:** Morfina.

- **Antidiarréicos:** Codeína, loperamida, difenoxilato.
- **Antitusígenos:** Codeína, dextropropoxifeno.

**2.2. Efectos del uso de opiáceos****EFFECTOS TRAS SU CONSUMO:**

Placer intenso con sedación durante 2-3 horas.

**INTOXICACIÓN AGUDA (SOBREDOSIFICACION):**

Causa más frecuente de muerte en ADVP.

**Hipoactividad simpática:**

- Euforia.
- Rubor cutáneo.
- Picores (sobre todo con la morfina).
- Miosis.
- Somnolencia, disminución del nivel de vigilancia, hasta llegar al coma.
- Disminución de la frecuencia respiratoria, con posible progresión a parada cardiorrespiratoria y edema agudo de pulmón, que puede producir la muerte.
- Hipotensión.
- Bradicardia.
- Disminución de la temperatura corporal.

**TRATAMIENTO de la intoxicación aguda:**

**Naloxona i.v.** 0,4-2 mg. Acción inmediata. Si no mejora repetir dosis a los 3-5 minutos (hasta 3-4 veces). Tras estabilización repetir dosis cada 2 horas (duración de la acción: 2-3 horas). **Cuidado con la reaparición de los síntomas**, ya que la mayoría de los opiáceos tiene una vida media más larga que la naloxona.

- Heroína: mantener naloxona durante 6 horas.
- Metadona: mantener naloxona durante 24 horas.

**TRASTORNOS POR CONSUMO CRÓNICO:**

Por el propio opiáceo:

- Estreñimiento.
- Pérdida de secreciones, nariz y boca secas.
- Depresión de la función inmunitaria.
- Síndrome nefrótico.

Otros: Neuropatía periférica, ambliopía, mielopatía, leucoencefalopatía, infecciones: infección de partes blandas por *Estafilococo Aureus* (la más frecuente), hepatitis B, C, delta, SIDA, endocarditis derecha por *Estafilococo aureus*, flebitis séptica, candidiasis diseminada, TBC, ETS, artritis por *Pseudomona aeruginosa*.

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA AGUDO A OPIÁCEOS:

Prácticamente inocuo cuando no existe enfermedad grave subyacente.

- Aparición: 6-12 horas tras última dosis.
- Máximo: 24-48 horas.
- Remisión: 6-10 días.

### SÍNTOMAS:

Controlables por el paciente:

- Sintomatología subjetiva de abstinencia.
- Deseo de consumir de nuevo el opiáceo.
- Quejas.
- Súplicas.
- Gritos.
- Llanto.
- Agresividad.

Sintomatología no controlable por activación excesiva del sistema noradrenérgico.

SINTOMAS PRECOCES (14-18 h.)	PERIODO DE ESTADO (24-48 h.)
- Bostezos	- Inquietud-agitación
- Rinorrea	- Temblores, calambres
- Sudación profusa	- Insomnio
- Lagrimeo	- Dolor abdominal
- Midriasis	- Náuseas
- Piloerección	- Vómitos
- Espasmos musculares	- Diarrea
- Anorexia	- Hipertermia
	- Hipertensión
	- Taquicardia
	- Taquipnea



• La piloerección y la fiebre se asocian a la abstinencia grave. Hay una serie de variables que influyen en la intensidad del síndrome de abstinencia independientemente del opiáceo utilizado:

- Dosis diaria utilizada.
- Vía de administración.
- Antigüedad en el uso del tóxico.
- Número de síndromes de abstinencia padecidos.
- Estado físico del paciente.
- Expectativas reales de resolución del problema.

### PAUTAS DE ACTUACIÓN:

- Embarazo: se aconseja tratamiento sustitutivo con METADONA (10-20 mg/día). No se recomienda iniciar desintoxicación. Muchas veces requiere ingreso inmediato.
- Adicto con enfermedad subyacente: desintoxicación.

MIR 94 (3779): Entre los signos que se presentan en la intoxicación por opiáceos podemos demostrar:

1. Miosis bilateral.\*
2. Aumento de la frecuencia respiratoria.
3. Hipertermia.
4. Rinorrea.
5. Taquicardia.

MIR FAMILIA 00 (6621): ¿Cuál de los siguientes síntomas se asocia a la sobredosis de opiáceos? :

1. Pupilas dilatadas.
2. Edema pulmonar.
3. Aumento de la temperatura corporal.
4. Rubor cutáneo.
5. Crisis comiciales.

ANULADA

MIR 02 (7375): ¿Cuál de los siguientes opioides **NO** es adecuado para el tratamiento del dolor crónico de etiología cancerosa? :

1. Metadona.
2. Meperidina.\*
3. Morfina.
4. Fentanilo.
5. Tramadol.

MIR 08 (8965): Un hombre de 23 años de edad es encontrado por la policía en estado comatoso y llevado al servicio de urgencias hospitalario. El paciente está hipoventilando a 4 respiraciones/min, cianótico y con pupilas mióticas. Existen múltiples señales de venopunción. Tras control de la vía aérea, ventilación y circulación, se administran 2,0 mg de naloxona intravenosa. El paciente despierta del coma, la frecuencia respiratoria aumenta a 24/min, está inquieto con diaforesis y midriasis. ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada en este momento? :

1. Alta a su domicilio aconsejando seguimiento en programa de deshabituación.
2. Observación en urgencias con exámenes frecuentes del estado mental durante un mínimo de 4 a 6 horas.\*
3. Iniciar infusión de naloxona intravenosa con 2/3 de la dosis inicial por hora.
4. Administrar 10 mg de metadona intramuscular.
5. Sujeción mecánica en prevención de cuadro de agitación y agresión.

MIR 08 (9052): Un paciente varón de unos 40 años es traído a urgencias por haber sido hallado caído en la vía pública en una zona de ocio nocturno. El paciente está poco reactivo, presenta una frecuencia respiratoria de 7 por minuto, una presión arterial de 90/60 y frecuencia cardíaca de 58 por minuto. Pupilas mióticas. Después de asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ¿cuál sería el paso inmediato más apropiado a seguir? :

1. Administrar 0,4 mg de naloxona im o iv.\*
2. Obtener un hemograma y una bioquímica básica.
3. Solicitar un examen toxicológico de orina
4. Realizar un ECG.
5. Solicitar una TC craneal.

## 2.3. Tratamiento

### DESINTOXICACIÓN

• TRATAMIENTOS INESPECÍFICOS:

o Fármacos:

- Ansiolíticos: diazepam, clorazepato, alprazolam. Disminuir dosis a partir de 4º día y abandonar al 12-14.
- Hipnóticos: midazolam.
- Analgésicos: Paracetamol, AAS.



- Otros: levomepromacina, clotiapina, difenoxilato, metoclopramida, ondansetrón.
- Indicaciones:
  - Primera desintoxicación.
  - Cuando haya resultado de utilidad en ocasiones anteriores.
  - Si existe apoyo familiar y deseo intenso de abandonar drogas.
  - Consumos de heroína 250-750 mg/día.
  - Cuando no hay abuso.
- **TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS:**
  - **METADONA:** dosis inicial 20-50 mg e ir disminuyendo 10-20% al día.
  - **DEXPROPOXIFENO:** Menor margen terapéutico que metadona (dosis superiores a 1200 mg/día pueden dar lugar a psicosis tóxica o crisis comiciales).
  - **BUPRENORFINA.**
- **AGONISTAS ALFA-2-ADRENÉRGICOS:**
  - Clonidina: disminuye la liberación de NA por parte del SNC (*locus coeruleus*) que aparece aumentada tras supresión de opiáceos.
    - Ventajas: no tolerancia o dependencia, sedante, permite el uso inmediato de antagonistas como naltrexona.
    - Inconvenientes: sedación, astenia, hipotensión, bradicardia.
    - Contraindicaciones: hipotensión, IMAOs, arritmias, insuficiencia renal, depresión grave, psicosis grave, deterioro orgánico grave, embarazo.
  - Lofexidina: Similar a clonidina, menos tendencia a hipotensión

- **PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN CORTAS:**  
Mezcla variable de antagonistas opiáceos (naltrexona/naltrexona) + clonidina + fármacos de tratamientos inespecíficos.

## DESHABITUACIÓN

### 1. PROGRAMAS CON ANTAGONISTAS DE OPIÁCEOS: NALTREXONA.

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve historia de consumo de opiáceos</li> <li>• Pacientes motivados</li> <li>• Dependientes de opiáceos que lo soliciten</li> <li>• Pacientes que salen de otros programas terapéuticos (para prevenir nuevo consumo)</li> <li>• Pacientes abstinentes que vuelven al medio habitual de consumo</li> <li>• Pacientes con largos periodos de abstinencia que han sufrido recaída reciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años</li> <li>• Embarazo y lactancia</li> <li>• Hepatopatías</li> <li>• Politoxicómano (cuya principal droga de abuso no sea el opiáceo)</li> <li>• Antecedentes de trastorno psiquiátrico grave</li> </ul>

- Se busca eliminar los efectos placenteros de la droga. Antes hay que asegurarse de una desintoxicación completa previa para no provocar síndrome de abstinencia: previo al inicio del tratamiento con antagonistas opiáceos, se practica un test de Naloxona (se inyectan 0,8 mg de naloxona s.c.), si en 1 hora no hay síndrome de abstinencia se puede usar el tratamiento con antagonistas.
- La naltrexona es un antagonista competitivo que se administra por vía oral. Su metabolización es hepática. Su metabolito el 6-betanaltrexol es activo y elimina vía renal.
- Bajo seguimiento (10% a los 6 meses).
- Efectos indeseables: astenia, molestias gástricas, alteración del estado de ánimo.

### 2. PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS:

Consisten en la toma crónica de opiáceos suministrados de forma legal para evitar las complicaciones de su uso ilegal.

- La **METADONA** es la sustancia de elección, se administra únicamente por vía oral.
- **Buprenorfina+naloxona.**
- Se ha utilizado heroína y el LAAM (levoralfacetilmétadol), similar a la metadona pero con vida media de 72 horas (se abandonó por problemas cardiológicos).

#### Indicaciones:

- Drogodependencias de años de evolución.
- Complicaciones orgánicas graves.
- Embarazadas.
- Heroínómanos con patología psiquiátrica.

## PROGRAMAS DE REINSERCIÓN SOCIAL

Programas de ayuda socio-laboral para integrarse plenamente en la sociedad.

NOTA: ante un heroínómano que exige al médico general un opiáceo de síntesis para paliar su síndrome de abstinencia, la actitud debe ser **NO** prescribir ningún fármaco que no entre dentro del pacto terapéutico y enviar a un centro especializado (psiquiatra).

### 2.4. Síndrome de abstinencia en el recién nacido

- Los recién nacidos de madres heroínómanas, suelen ser prematuros y de bajo peso, con aumento de la morbilidad, pero tienen menor tasa de distrés respiratorio, ya que los opiáceos estimulan la producción de surfactante.
- Aparece a las 48 horas de vida (algo más tarde con metadona).
- Mortalidad sin tratamiento: 3-30%.
- Clínica: Irritabilidad, temblor, llanto (80%), hiperreflexia, taquipnea, diarrea, hiperactividad (60%), vómitos (40%), estornudos, bostezos, hipo (30%).
- Tratamiento: Sedantes (fenobarbital, diazepam) u opiáceos (metadona, paregórico-soluc, opiáceo-).

MIR 98 (5839): ¿Qué afirmación de las siguientes, respecto a la naltrexona es correcta?

1. Es un fármaco sustitutivo de la heroína utilizado en programas de mantenimiento.
2. Es un agonista opiáceo, utilizado en la desintoxicación de heroína.
3. Es un sedante que se aplica como paliativo en el síndrome de abstinencia de opiáceos.
4. Es un antagonista de los opiáceos de acción prolongada, que se utiliza después de la cura de desintoxicación.\*
5. Es un antagonista de los opiáceos de acción rápida, que se utiliza en el tratamiento de las sobredosis de narcóticos.

## 3. Cocaína

- **ESTIMULANTE.** Sus efectos euforizantes son breves y van seguidos del efecto rebote o "crash": disforia, fatiga, depresión, ansiedad, deseo de más cocaína (*craving*).
- Produce intensa dependencia psíquica. Entre los síntomas de abstinencia es posible encontrar hipersomnolia, aumento del apetito y estado de ánimo disfórico.
- Su vida media es de aproximadamente 1 hora.

### 3.1. Administración

- Oral: masticando hojas de coca .
- Intranasal: esnifar clorhidrato de cocaína. La más frecuente.
- Intravenosa: sólo clorhidrato de cocaína o speedball (clorhidrato de cocaína + heroína).
- Fumada: Pasta de coca (infrecuente en España), cocaína base o "crack" ("free-base smoking").

- Inhalar vapores calentados.
- La forma de administración influye en la velocidad de aparición de efectos psicoactivos y en el desarrollo de dependencia: fumada, inhalada e inyectada mayor velocidad y mayor poder adictivo que intranasal (esnifada).

### 3.2. Mecanismo de acción

- Produce efectos simpaticomiméticos. Inhibe la recaptación de catecolaminas (dopamina y noradrenalina) y aumenta su liberación.
- Su uso continuado lleva a la depleción cerebral de dopamina y noradrenalina.
- La tolerancia, aparece con el consumo repetido, independientemente de la vía de administración.

### 3.3. Uso médico

- Escasos.
- Vasoconstrictor y anestésico local. Se ha usado en oftalmología y ORL.

### 3.4. Intoxicación aguda

- Produce un estado de euforia, hiperactividad, inquietud, ansiedad, tensión, alerta, agitación psicomotriz, síntomas maníacos, así como sensación de grandiosidad y agresividad.

#### EFFECTOS FÍSICOS:

##### Hiperactividad simpática

- Midriasis reactiva.
- Hipertensión arterial.
- Taquicardia.
- Hipertermia.
- Hiperreflexia.
- Sudación o escalofríos.
- Náuseas o vómitos.
- Puede haber movimientos estereotipados, dolor en el pecho, convulsiones, confusión, discinesias o distonías, lenguaje incoherente o coma.
- La causa más frecuente de fallecimiento en intoxicación aguda sería la parada cardíaca producida por arritmias e HTA.
- Efectos depresores como bradicardia, descenso de la TA y disminución de la actividad psicomotora son menos frecuentes y solo aparecen con el consumo crónico de dosis altas.

#### EFFECTOS PSÍQUICOS:

- Delirios: autorreferenciales, de persecución.
- Alucinaciones auditivas, visuales o táctiles (lo más típico es la sensación de sentir insectos bajo la piel) – formicación ó síndrome de Magnam-, con juicio de la realidad intacto (alucinosis).

Si las ideas delirantes o alucinaciones persisten fuera de la intoxicación aguda, se diagnostica de trastorno psicótico inducido por cocaína.

#### TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS FÍSICOS POR INTOXICACIÓN AGUDA:

- Convulsiones: BZD (diazepam).
- Taquicardia: Propranolol.
- Reacción hipertensiva: fentolamina.
- Agitación: antipsicótico.

### 3.5. Abstinencia

Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado de dos o más de los siguientes cambios fisiológicos:

- Fatiga.
- Sueño vívidos y desagradables.
- Insomnio o hipersomnia.
- Aumento del apetito.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.

Puede haber anhedonia y craving (deseo irresistible de cocaína).

Los síntomas de abstinencia se observan después del consumo de dosis altas y repetidas.

Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamientos suicidas.

### 3.6. Complicaciones del uso crónico

- Perforación de tabique nasal.
- Disminución del flujo sanguíneo cerebral demostrado en los estudios de SPECT.
- En sujetos jóvenes y con buena salud el consumo puede asociarse a IAM, palpitaciones, arritmias, muerte súbita por paro respiratorio o cardíaco y ACV.
- Tos, bronquitis y neumonía por irritación e inflamación de los tejidos de revestimiento del tracto respiratorio.
- Crisis comiciales.
- Necrosis hepática.
- Pérdida de peso y malnutrición por los efectos supresores del apetito.
- Hiperprolactinemia (impotencia, ginecomastia, amenorrea, galactorrea, esterilidad)
- Trastorno paranoide (delirio persecutorio).
- Alucinaciones táctiles y visuales de insectos, con intenso rascado y lesiones en la piel (formicación o síndrome de Magnam).
- Cuando está establecida la dependencia se producen una serie de cambios conductuales o psicológicos que incluyen: depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social.

### 3.7. Tratamiento farmacológico de la dependencia

#### DESHABITUACIÓN:

- En la actualidad no hay estrategias terapéuticas que sean claramente beneficiosas en el tratamiento de la dependencia por cocaína.
- Se han propuesto diferentes fármacos con el fin de facilitar la abstinencia: antidepresivos tricíclicos (imipramina), ISRS, litio, algunos estimulantes y agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, amantadina), fármacos anticraving para disminuir deseo de consumo (naltrexona), antiimpulsivos (topiramato)...
- Abordaje psicosocial terapia individual y grupal .

**MIR 98 FAMILA (5591):** Un hombre de 25 años es conducido al servicio de urgencias por su familia porque dice que "le persiguen unos asesinos que van a matarle". En la exploración física se observan pupilas dilatadas, temperatura de 37.8° C, 110 lpm y TA de 160/95 mmHg, sin otros hallazgos. La familia afirma que tiene historia de abuso de drogas. La droga que más probablemente ha producido esta reacción es:

1. Alcohol.
2. Cocaína.\*
3. Diazepam.
4. Heroína.
5. Fenobarbital.

**MIR 01 (7135)** Entre los síntomas más frecuentes de la intoxicación por cocaína NO se encuentra:

1. Midriasis.
2. Síntomas maníacos.
3. Hipotensión arterial.\*
4. Taquicardia.
5. Agitación psicomotriz.

**MIR 14 (10388):** Hombre de 28 años que es traído a urgencias, un sábado en la madrugada, en estado de agitación psicomotriz y con ideas delirantes. Su acompañante refiere abuso previo, por parte del paciente, de cocaína. ¿Qué signo/síntoma NO esperaría encontrar?

1. Hipotermia.\*
2. Taquicardia.
3. Midriasis.
4. Diaforesis.
5. Dolor torácico.

## 4. Otros estimulantes

### 4.1. Anfetaminas

- Similares a la cocaína.
- **Mecanismo de acción:** Liberación de dopamina y noradrenalina presinápticas e inhibición de su recaptación.
- El uso crónico puede dar lugar a un trastorno por depleción de las catecolaminas.

#### USOS MÉDICOS:

- Narcolepsia.
- Trastornos por déficit de atención (metilfenidato, dextroanfetamina).
- Síndrome de hiperactividad en la infancia (metilfenidato, dextroanfetamina).
- Depresiones resistentes y seniles.

#### EFFECTOS DE LAS ANFETAMINAS:

Los efectos de las anfetaminas, tienen relación con la vía de administración (oral, i.v., intranasal) y con la dosis.

- A dosis bajas: Relajación, energía, autoconfianza, disminución de la fatiga, del sueño y del hambre, facilitan el aprendizaje. Estos efectos aumentan con la dosis hasta un punto a partir del cual provocan cambios conductuales desadaptativos y patología psiquiátrica: agresividad, violencia, episodios paranoides.
- Su uso crónico produce alteración de la memoria y de la atención, embotamiento afectivo, fatiga, tristeza y retraimiento social.
- Al suspender el consumo sostenido de estas sustancias, aparece un **efecto rebote** (similar al que ocurre al suspender el consumo crónico de cocaína) consistente en: disforia, ansiedad, irritabilidad, fatiga y depresión. Tratamiento: BZD.
- **Intoxicaciones graves producen hiperactividad simpática:** midriasis, taquicardia, hipertensión, sudación, escalofríos, náuseas, vómitos y cambios conductuales consistentes en: angustia extrema, agitación psicomotriz, agresividad y violencia. Pueden producir cuadros psicóticos de tipo paranoide. Tratamiento sintomático.
- Se presenta **tolerancia** a las anfetaminas. La disminución del apetito y origina cetosis (acidosis) que implica mayor eliminación de anfetaminas.
- El uso de anfetaminas por vía subcutánea se ha asociado a infecciones por *Eikenella corrodens*.

**MIR 91 (2847):** La midriasis puede observarse en una de las siguientes situaciones clínicas:

1. Sobredosis de opiáceos.
2. Intoxicación grave por anfetaminas.\*
3. Abstinencia tabáquica.
4. Consumo diario superior a 20 mg de diazepam por espacio de 6 meses como mínimo.
5. Tras la administración de fentanilo.

### 4.2. Extasis (MDMA)

- Derivado amfetamínico (Metililendioximetanfetamina), psicoestimulante pseudoalucinógeno, entactógeno y empatógeno.
- Dosis oral efectiva: 75-150 mg.

Inicio de los efectos: a los 30 min de la ingesta, aparecen efectos simpaticomiméticos: ansiedad leve, taquicardia, aumento de la TA, hipertermia, hipercinesia, euforia.

- Los **efectos tóxicos generales** son múltiples, describiéndose: crisis de hipertermia, deshidratación, arritmias, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, CID, rhabdomiólisis, insuficiencia renal y muerte. Se han descrito **cuadros psicóticos crónicos** por uso prolongado (produce un efecto tóxico irreversible sobre las neuronas serotoninérgicas del SNC).
- Otros fármacos de este grupo: MDA (droga del amor) y MDEA (MDE o Eva).

### 4.3. Alucinógenos

- El prototipo es el LSD (dietilamina del ácido lisérgico). Otras sustancias dentro del grupo de alucinógenos son mescalina y psilocibina.
- Es más común el abuso episódico que la dependencia.
- Se desarrolla **tolerancia rápida** (para efectos euforizantes y psicodélicos, no para los físicos).
- Hay tolerancia cruzada entre ellas.
- No hay descrito síndrome de abstinencia (no dependencia física).

**EFFECTOS:** producen alteración de las funciones sensorio-perceptivas. Una vez ingeridas producen dos tipos de síntomas:

- **Síntomas somáticos:** midriasis, temblor, febrícula, taquicardia, sudación, vértigo, parestesias, náuseas... (hiperactividad simpática).
- **Síntomas psíquicos:**

Alteraciones del humor, ansiedad, intensificación subjetiva de las percepciones, ilusiones, alucinaciones y sinestesias (sonidos vistos), despersonalización, desrealización, todo ello en estado de vigilia y alerta totales. Las alucinaciones producidas por esas sustancias reciben el nombre de psicodélicas y pueden acompañarse de agitación psicomotriz.

- **Efectos indeseables del LSD y resto de alucinógenos:**
  - Crisis de pánico o "mal viaje" (el efecto indeseable más frecuente).
  - Cuadros depresivos.
  - Episodios paranoides con conductas agresivas.
  - Inicio de un trastorno psiquiátrico de larga duración (psicosis crónica).
  - Como resultado de una predisposición individual.
  - La sintomatología psíquica producida por los alucinógenos puede aparecer mucho tiempo después sin que haya consumo, son los "flash-back" (reviviscencias). Aparecen en el 20% de los consumidores y su duración es breve, de segundos.

**MIR 99 FAMILIA (6111):** A un joven de 19 años, sin antecedentes de interés, se le lleva a Urgencias en un estado de angustia extrema, sudoración, taquicardia, temblores, febrícula de 37,4°C y midriasis. La familia refiere que regresó así a casa tras una salida nocturna. Desconocen hábitos de consumo de tóxicos. El cuadro clínico orientaría el diagnóstico hacia:

1. Intoxicación por alucinógenos.\*
2. Trastorno por angustia con agorafobia.
3. Intoxicación por opiáceos.
4. Intoxicación patológica por alcohol.
5. Reacción psicótica aguda.

## 5. Cannabis-marihuana

- El compuesto activo es el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol).
- Existen receptores endógenos específicos. Los ligandos endógenos (anandamidas) actúan como neurotransmisores.
- Formas:
  - Marihuana: 10-15% de THC.
  - Resina seca de Hachís o Kif: 6-10% de THC.
  - Aceite de hachís: 50% de THC.
- Más activo fumado: porro.

### 5.1. Síntomas físicos

- Irritación conjuntival.
- Taquicardia.
- Aumento del apetito, sequedad de boca.

### 5.2. Síntomas psíquicos

Normalmente son leves:

- Relajación.
- Euforia leve, ansiedad.
- Sensación de lentitud del paso del tiempo.
- Deterioro de la capacidad de juicio.
- Aumento de la sociabilidad.



- Disminución de la capacidad de abstracción y concentración, y del rendimiento intelectual.
- Deterioro de la memoria, vigilancia y rendimiento psicomotor.
- Percepción distorsionada de las distintas partes del cuerpo, distorsión temporoespacial.
- Puede desencadenar psicosis tóxica o delirium.

### 5.3 intoxicación aguda

- Irritación conjuntival, hipertensión, taquicardia, cuadros psicóticos, flashbacks. Tratamiento sintomático (BZD).

### 5.4 consumo crónico

#### EFFECTOS SOMÁTICOS:

- Aumenta la frecuencia de tos crónica, sinusitis, faringitis, bronquitis, enfisema y displasia pulmonar (la marihuana fumada contiene mayores cantidades de carcinógenos que el tabaco).
- Se puede producir aumento de peso.

Las alteraciones biológicas incluyen la supresión de la función inmunitaria y la supresión de la secreción de testosterona y hormona luteinizante.

#### EFFECTOS PSÍQUICOS

- Disminución de la capacidad de atención, del rendimiento intelectual y del aprendizaje.
- Anhedonia, síndrome amotivacional y letargia.
- Pueden producirse crisis de pánico y cuadros psicóticos.

## 6. Resumen drogas

SUSTANCIA	Acción	Intoxicación Aguda	Antídoto o Tio	Abstinencia	Desintoxicación
OPIÁCEOS	Depresora	Miosis	Naloxona iv	Física	Agonistas opiáceos (metadona) Antagonistas opiáceos (nal-trexona)
COCAÍNA	Estimulante	Midriasis	Sintomático	Ansiedad, disforia, depresión (suicidio), ↑ apetito y sueño ≈ coca (< intensidad)	ATD, agentes dopaminérgicos, anticraving
ANFETAMINAS	Estimulante	Midriasis	Sintomático		Benzodicepinas
DROGAS SÍNTESIS	Estimulante y alucinógena	Midriasis	Sintomático	No	
ALUCINÓGENOS	Alucinógena	Midriasis	Sintomático	No	
CÁNNABIS	Relajante y alteraciones sensorceptivas	Isocóricas	Sintomático	Psíquica	Psicoterapia
BARBITÚRICOS	Depresora	Medias fijas	Sintomático	Ansiedad	Fenobarbital
BENZODIACEPINAS	Depresora		Flumazenil	Ansiedad	Diacepam

## 7. Trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias

SUSTANCIA	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Trastornos amnésicos	Trastornos psicóticos	Trastornos del humor	Trastornos de ansiedad	Disfunciones sexuales	Trastornos del sueño
Alcohol	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nicotina									
Cannabis	X				X		X		
Inhalantes	X		X		X	X	X		
Cocaína	X				X	X	X	X	X
Anfetaminas	X				X	X	X	X	X
Drogas síntesis	X				X	X	X		X
Alucinógenos	X				X	X	X		
Opioides	X				X	X		X	X
Sedantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 8. Detección de drogas en orina

DROGA	TIEMPO DE DETECCIÓN
Anfetaminas	1-3 días
Barbitúricos	
Vida media corta	1-2 días
Fenobarbital	Al menos 4 días
BZD	
Vida medio corta (triazolam)	1 día
Vida media larga (diacepam)	7 días
Cánnabis	
Consumo semanal	7-10 días
Consumo diario	2-4 semanas
Cocaína (benzoilecgonina)	1-3 días
Opiáceos	
Heroína	1-3 días
Metadona	2-4 días

## 9. Alcohol

- El alcohol etílico se absorbe en un 20% en el estómago y el resto en el tracto intestinal. La absorción aumenta cuando se mezcla con bebidas carbónicas o con el estómago vacío.
- 1 gramo de alcohol, equivale a 7 Kcal (calorías vacías: sin nutrientes, ni vitaminas).
- Se detectan niveles plasmáticos a los 10 min de la ingesta apareciendo el pico máximo a los 60 minutos de la ingesta.
- Atraviesa la barrera feto-placentaria y hemato-encefálica. La eliminación puede ser:
  - Urinaria
  - Pulmonar (por el aire espirado)
  - Sudoración



### • HÍGADO, 90%.

- Se produce una oxidación no microsomal por la alcoholdehidrogenasa (consumo de NAD). La oxidación es constante entre 8-12 ml/hora, no depende de los niveles plasmáticos.
- La oxidación microsomal (microsomal ethanol oxydation system- M.E.O.S.), que se activa solo con concentraciones muy altas, usa NADPH, y presenta autoinducción (aumenta un 30% con el consumo repetido).
- Una tercera vía es la metabolización mediante la catalasa en mitocondrias y peroxisomas, pero es poco importante.

El alcohol potencia efectos de otros depresores: benzodiazepinas, barbitúricos, ATD, antipsicóticos.

$$\text{gr. de etanol} = \frac{\text{cc (ml) de bebida} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

## 9.1. Intoxicación

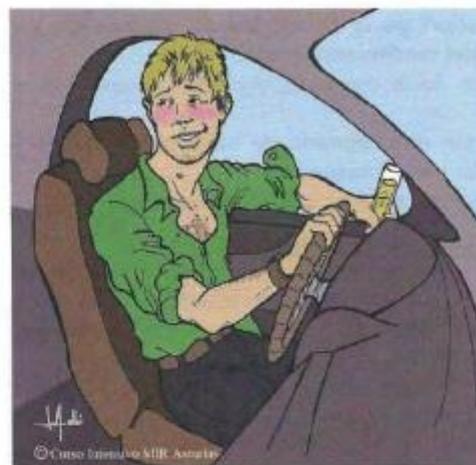
- Sobre el SNC: Pseudoexcitación inicial (aumento de la sociabilidad, euforia) y posterior, depresión y coma. Depresión del centro vasomotor: hipotermia.
- Sobre aparato cardiovascular: Vasodilatación periférica.
- Sobre aparato respiratorio: Depresor del centro respiratorio a dosis altas.
- Sobre el riñón: Actúa como diurético, inhibe la liberación de ADH.
- Sobre el aparato genital: En varones estimula la libido y disminuye la potencia sexual. En mujeres produce relajación uterina en dosis altas.

## 9.2. Intoxicación aguda

Prueba más específica para medir consumo reciente de alcohol: alcoholemia (concentración de alcohol en sangre).

ETANOL EN SANGRE	EFFECTOS
<b>Embriaguez subclínica</b> < 0.5 g/l < 50 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del tiempo de reacción</li> <li>• Menor precisión</li> </ul>
<b>Embriaguez ligera</b> o <b>excitación</b> 0.5-1.5 g/l 50-150 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia</li> <li>• Locuacidad</li> <li>• Agresividad</li> </ul>
<b>Embriaguez grave</b> 1.5-3.0 g/l 150-300 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los síntomas anteriores</li> <li>• Ataxia</li> <li>• Nistagmo</li> <li>• Lenguaje farfullante</li> <li>• Deterioro de la atención y memoria</li> <li>• Clínica vegetativa: náuseas, hipotensión, vómitos</li> </ul>
<b>Coma</b> 3-5 g/l 300-500 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución a estupor o coma</li> </ul>
<b>Zona letal</b> > 4 g/l > 400 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser mortal por depresión del centro respiratorio o aspiración del vómito.</li> </ul>

Durante el período de embriaguez grave puede producirse una amnesia temporal: no recuerda lo ocurrido durante ese período.

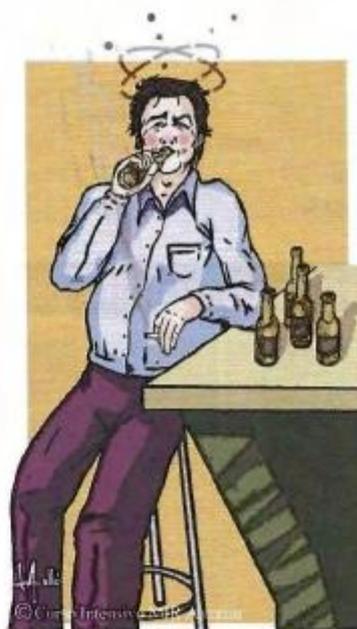


El código de circulación permite una alcoholemia máxima de 0,5 g/l para la conducción de vehículos.

La ausencia de signos de afectación cerebelosa (incoordinación motora y ataxia) con niveles de alcohol en sangre por encima de 1.5 g/l demuestra que existe tolerancia (directa).

La gastrectomía reduce la tolerancia, porque existe una absorción más rápida.

- Existe tolerancia farmacocinética por activación del sistema M.E.O.S. y farmacodinámica en el SNC con reducción de la respuesta neuronal a los efectos del alcohol.
  - La tolerancia aumenta paulatinamente salvo en fases finales (cuando existe afectación hepática importante) en las que pequeñas dosis consiguen efectos desproporcionados (tolerancia inversa).



### TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA:

- Sintomático: observación, control de la glucemia (sueros glucosados, si se precisan) y de la respiración.
- Ante la sospecha de alcoholismo crónico administrar tiamina (vitamina B1) con el suero glucosado (prevención de Wernicke-Korsakov).
- Si hay agitación: BZD vida media larga (diazepam, cloracepato), antipsicóticos.

### En casos extremos hemodiálisis.

### INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA IDIOSINCRÁTICA O BORRACHERA PATOLÓGICA:

- Tras ingesta de poca cantidad de alcohol aparece un cuadro de gran agitación, cólera y estado confusional (desproporción dosis-respuesta) en individuos no dependientes.
- La duración es de minutos a horas. Cesa con el sueño. Amnesia de lo ocurrido.
- Es poco frecuente, más en abstemios, en personas con trastorno cerebral orgánico, epilepsia, t. personalidad, consumo concomitante de hipnóticos y / o sedantes.

### AMNESIA LACUNAR ("BLACK OUT" O PALIMPESTO):

- Amnesia lacunar respecto a un periodo de tiempo en el que el sujeto estaba bebiendo aun sin mostrar signos de intoxicación, la conducta parece normal.

### MIR 97 (5411): ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la intoxicación etílica aguda?

1. A partir de los 100 mg/dl de etanol en sangre existe riesgo de coma.
2. Las alcoholemias superiores a 600 mg/dl se consideran potencialmente letales.\*
3. Los efectos del etanol sobre el sistema nervioso no se correlacionan con su concentración sanguínea.
4. El coma etílico puede ocasionar hiperventilación, hipertermia y alcalosis respiratoria.
5. La broncoaspiración del contenido gástrico es una complicación poco frecuente de este estado.

## 9.3. Alcoholismo crónico

### ETIOLOGÍA

Multifactorial:

- Factores genéticos:  
Riesgo x 4 en familiares directos de un alcohólico.  
Gemelos: concordancia en monocigotas de 60% y en dicigotas de 30%.
- Factores sociales.
- Factores psíquicos.

### MIR 95 (4372): Indique el enunciado FALSO respecto al alcoholismo:

1. Parientes cercanos al alcohólico tienen un riesgo aproximado de cuatro veces superior para padecer alcoholismo que la población normal.
2. No hay datos que apoyen una posible influencia genética.\*
3. En el tratamiento de la abstinencia alcohólica es necesario una nutrición adecuada.
4. En el tratamiento de la abstinencia se debe administrar tiamina al menos durante una semana.
5. Los benzodiazepinas tienen un margen elevado de seguridad en el tratamiento de la abstinencia alcohólica.

### TIPOS DE ALCOHOLISMO:

Primario: (Tipo A de Babor / II de Cloninger)

- 70 - 80% de los casos de alcoholismo.
- Más frecuente en varones (10% frente 3-5%).
- Patrones de consumo:
  - Mediterráneo (bebedor excesivo regular): Consumo prácticamente diario (carecen de capacidad de abstinencia y no consiguen dejar de beber completamente nunca). Embriagueces infrecuentes. Dependencia frecuente
  - Anglosajón (bebedor excesivo irregular): Grandes intoxicaciones (no tienen capacidad de control cuando beben), separadas por días de abstinencia. Embriaguez frecuente. Dependencia más infrecuente.

Secundario: (Tipo B de Babor / I de Cloninger)

- Existe enfermedad psíquica previa (trastornos afectivos, ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la personalidad).
- Más frecuente en mujeres.

## 9.4. Diagnóstico de alcoholismo

El diagnóstico de alcoholismo se hace en base a la historia clínica. El resto de pruebas son de ayuda.

### UNIDAD DE BEBIDA ESTANDAR (UBE):

UBE (en España) = 10 g de alcohol puro

(1 consumición de cerveza / vino equivale a 1 UBE).

Para pasar de UBEs a ml de alcohol multiplicar por 12,5.

### CUESTIONARIOS DE DETECCIÓN:

Brief MAST (Brief Michigan Alcoholism Screening Test).

- 10 preguntas.
- Probable diagnóstico de alcoholismo: 6 ó más.

CBA / KFA (Cuestionario Breve para Alcohólicos).

- 22 preguntas.
- Probable diagnóstico de alcoholismo: 5 ó más.

CAGE (Cutting down, Annoyance by criticism, Guilt feelings, Eye-openers).

4 preguntas:

1. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
  2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
  3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
  4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca?
- "Posible" alcoholismo: 1 ítem positivo.
  - "Probable" alcoholismo: 2 ó más.

Alcohol Clinical Index.

- 17 síntomas clínicos + 13 ítems de anamnesis.
- Probable diagnóstico: 4 ó más ítems positivos en cada grupo.

MALT (Müncher Alcoholismus Test).

- Parte objetiva: 7 ítems.
- Parte subjetiva: 26 ítems.
- Puntuación de 0-5: No alcoholismo.
- Puntuación de 6-10: Sospecha de alcoholismo.
- Puntuación de 11 ó más: Alcoholismo confirmado.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

- 10 preguntas.
- $\geq 6$  en mujeres ó  $\geq 8$  en varones: bebedor de riesgo (de sufrir problemas derivados del consumo de alcohol o de desarrollar una dependencia).
- $\geq 13$  (ambos sexos): problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

### MARCADORES BIOQUÍMICOS:

CONSUMO CRÓNICO:

- Elevación de enzimas hepáticas:
  - ALT/GPT.
  - AST/GOT (elevaciones superiores a GPT).
  - Cociente GOT/GPT  $> 2$ : muy sugestivo de consumo crónico de alcohol.
  - GGT.
    - Se normaliza tras 3-4 semanas de abstinencia (su caída en 5 días es patognomónica). Más sensible que VCM.
    - Falsos positivos: enfermedades hepatobiliares, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, fármacos inductores.
- VCM: Macrocitosis (con anemia o sin ella).
  - Elevado en bebedores por déficit de vitaminas del grupo B así como por los efectos del alcohol sobre la eritropoyesis.

Aumento VCM + Aumento de GGT = Especificidad de alcoholismo del 75%

- Elevación de Transferrina Carbohidrato Deficiente (CDT). CDT parámetro más específico.
- Otras alteraciones:
  - Aumento del ácido úrico
  - Aumento de los triglicéridos y colesterol por disminución de la glucogénesis.

### MONITORIZACIÓN DE ABSTINENCIA:

- Tras 4 semanas de abstinencia deben disminuir o normalizarse:
  - AST/GOT
  - ALT/GPT
  - GGT
  - VCM
- La GGT y el VCM, serían las 2 pruebas más sensibles en el seguimiento de la abstinencia alcohólica.

### LÍMITE DE RIESGO DE CONSUMO:

Consumo de riesgo: aquel que por su cantidad o circunstancia se asocia a una probabilidad superior a la sanitaria y socialmente asumible de acarrear consecuencias adversas.

- Hombres: 40 g/día.
- Mujeres: 24 g/día.

**CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL:**

Consumo perjudicial: ha dado lugar a problemas físicos o psíquicos relacionados con el consumo.

- Hombres: 60 g/día.
- Mujeres: 30 g/día.

Las mujeres toleran peor el alcohol que los hombres por menor presencia de alcohol deshidrogenada en la mujer.

**BEBEDOR MODERADO Y EXCESIVO:**

- Bebedor moderado: por debajo de los límites de consumo de riesgo
- Bebedor excesivo: bebe por encima de los límites de consumo de riesgo

Se distinguen bebedor moderado y excesivo por la cantidad de calorías que el alcohol aporta a la dieta. Cuando mayor del 20%, se habla de bebedor excesivo.

**9.5. Criterios diagnósticos****ABUSO DEL ALCOHOL:**

Patrón de consumo de alcohol en el que aparecen uno o más de los siguientes durante 12 meses:

- Consumo recurrente de alcohol que da lugar a incumplimiento de las obligaciones.
- Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales por consumo de alcohol.
- Consumo continuado de alcohol a pesar de problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por efectos del alcohol.

**DEPENDENCIA DEL ALCOHOL:**

- Son los mismos que los vistos en el tema anterior para otras drogas.
- La presencia de temblor, malestar, o náuseas al levantarse por la mañana que desaparecen al beber alcohol, indica que el diagnóstico de dependencia es muy probable.

**9.6. Alcoholismo crónico****COMPLICACIONES FÍSICAS:**

Las MÁS IMPORTANTES: cirrosis hepática, neuropatía periférica y miocardiopatía.

**• APARATO DIGESTIVO:**

- Hipertrofia parotídea.
- Esófago: reflujo gastroesofágico y pirosis.
- Las náuseas y vómitos pueden dar lugar a un Síndrome de Mallory- Weiss
- Estómago: gastritis agudas que pueden evolucionar a gastritis crónica y metaplasia.
- Pancreatitis aguda que puede evolucionar a pancreatitis crónica si no se detiene el consumo de alcohol.
- La falta de enzimas pancreáticos y sales síndrome de mala absorción, con carencia de Vit B, folatos y grasas.
- En más del 50% de los alcohólicos aparece esteatosis hepática. Puede ocurrir también hepatitis alcohólica, que puede ser asintomática, aguda (dolor abdominal, ictericia, leucocitosis, hepatomegalia, necrosis centrolobulillar y aumento de las transaminasas) o fulminante (esteatosis masiva, hemólisis e hiperlipidemia -Sd de Zieve-). Alteración analítica característica de la hepatitis alcohólica: GOT/GPT > 2.
- El 15% de los alcohólicos crónicos desarrollan una cirrosis hepática. Entre el 10-50% de los pacientes con cirrosis desarrollan un hepatocarcinoma.

**• SISTEMA CARDIOVASCULAR:**

- El etanol tiene efecto antiagregante en pequeñas dosis.
- La ingesta crónica excesiva de etanol eleva la TA. Se produce hipotensión si el consumo es ocasional.
- Favorece la fibrilación auricular y las extrasístoles.
- Miocardiopatía alcohólica: hipertrofia ventricular izquierda. La miocardiopatía dilatada aparece con más de 10 años de abuso.
- Los ACV en relación con el alcohol se producen por: HTA, arritmias, ICC y alteraciones de la coagulación.

- "Corazón de día de fiesta": taquicardia paroxística tras un exceso de ingesta alcohólica sin otros datos de cardiopatía. Es reversible.

**• SISTEMA HEMATOLÓGICO:**

- Anemia: las anemias pueden ser hemolíticas (lesión directa de la membrana de los hematíes) o megaloblástica (déficit de Vit B12 y ácido fólico) que cursa con aumento del VCM.
- Neutropenia.
- Trombopenia.

**• SISTEMA OSTEOMUSCULAR:**

- Miopatía aguda proximal: se caracteriza por: mialgia aguda, pérdida de fuerza proximal y edemas. Puede haber rhabdomiolisis, hemoglobinuria e insuficiencia renal aguda. La miopatía puede ser subclínica, encontrándose un aumento de CPK y LDH.
- Osteoporosis: el alcohol es la primera causa de osteoporosis en varones. Se produce por mala absorción de calcio, vitamina D y otros nutrientes.



© Curo Isambro MIR, Artista

**• SISTEMA NERVIOSO:**

- Enfermedad de Marchiafava-Bignami:
  - Desmielinización del cuerpo caloso y la comisura blanca anterior.
  - Demencia lentamente progresiva, disartria, hipocinesia y descontrol de esfínteres.
  - Se produce por carencias nutricionales en alcohólicos entre 45-60 años con cirrosis hepática.
- Mielinolisis central pontina:
  - Desmielinización de la base de la protuberancia. Poco frecuente y de causa desconocida. Obnubilación, cuadriparesia, paresia facial y trastornos respiratorios.
  - Mal pronóstico.
- Ambliopía alcohólica:
  - Afectación del nervio óptico con disminución progresiva de la agudeza visual y escotomas.
- Neuropatías del S.N. parasimpático:
  - Íleo adinámico e impotencia sexual.
- Degeneración cerebelosa de predominio vermiano.
- Esclerosis laminar de Morel.
- **NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS:**
  - El trastorno neurológico más frecuente en alcohólicos crónicos.
  - Es una polineuropatía mixta sensitivo-motora de predominio sensitivo y en miembros inferiores.
  - Produce clínica de dolor y parestesias.
  - Abolición de reflejos, sobre todo los aquileos.

**• METABOLISMO:**

- El alcohol produce hipoglucemia a dosis altas porque aumenta la secreción de insulina.
- Inhibe la neoglucogénesis hepática (MIR).
- Aumenta la cetogénesis, disminuye la lipólisis y la oxidación de ácidos grasos, produciendo hiperlipidemias.



- Trastornos en la síntesis de aminoácidos por déficit de vitamina B6.
- La ingesta excesiva de alcohol aumenta la excreción renal de: Mg, Ca y K. Esto se relaciona con algunos de los síntomas:
  - Hipomagnesemia con síntomas de la abstinencia alcohólica.
  - Hipocalcemia con osteoporosis.
  - Hipopotasemia con arritmias cardíacas.

• **INFECCIOSAS Y ONCOLÓGICAS:**

- Efecto inmunosupresor celular y humoral.
- Infecciones más frecuentes que sufren los alcohólicos: **Hepatitis B y C, TBC**, neumonía por neumococos G (-) y anaerobios, peritonitis, endocarditis y meningitis bacteriana.
- El alcoholismo es un factor de riesgo para cáncer de cavidad oral, faringe, esófago, estómago, hígado, colon y recto.

• **EFFECTOS HORMONALES:**

Urogenitales:

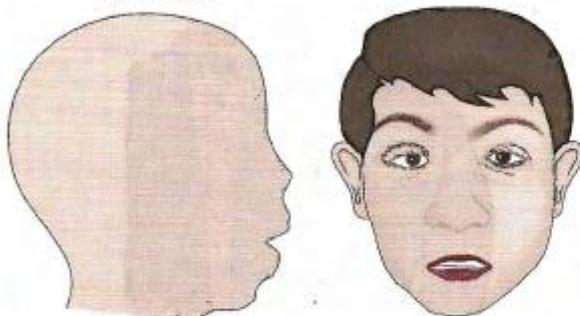
- Dosis moderadas de alcohol aumentan el impulso sexual en varones pero disminuyen la capacidad de erección.
- Incluso en ausencia de trastorno hepático una minoría significativa de varones alcohólicos crónicos puede presentar atrofia testicular irreversible con reducción concomitante de los tubos seminíferos y pérdida de células espermáticas.
- En mujeres puede aparecer amenorrea.

Endocrinológicas:

- Hiperkortisolemia, ↓ de ADH y de T3 y T4 (hipofunción tiroidea).

**SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL:**

- Abortos espontáneos y efecto teratógeno.
- Incluso la ingesta de cantidades moderadas de etanol entraña un riesgo de que aparezca un síndrome alcohólico fetal que consiste en:
  - Retraso del crecimiento prenatal (-CIR-crecimiento intrauterino retardado) y postnatal (talla pequeña persistente).
  - Afectación SNC: microcefalia, retraso mental, síndrome de hiperactividad y alteraciones de la coordinación.
  - Anomalías faciales: dismorfia facial, labio superior delgado con ausencia de filtrum, nariz corta, hendiduras palpebrales pequeñas y mandíbula pequeña, defectos en el esmalte dental.
  - Malformaciones cardiovasculares: CIA, CIV.
  - Malformaciones renales: hipoplasia renal, riñón en herradura.



Microcefalia, dismorfia facial, labio superior delgado con ausencia de filtrum, nariz corta, hendiduras palpebrales pequeñas y mandíbula pequeña

**COMPLICACIONES SOCIALES**

- El alcoholismo causa un deterioro social es causa de violencia dentro y fuera de la familia.
- Aparecen enfermedades, accidentes o complicaciones psiquiátricas, problemas económicos.
- El comportamiento agresivo, la labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y la sexualidad inapropiada que caracterizan a la intoxicación alcohólica afectan a las relaciones interpersonales.

- Entre 30-50% de los accidentes de tráfico y el 17% de los laborales con víctimas mortales se atribuyen a la ingesta excesiva de alcohol.

**MIR 94 (3716):** Un paciente alcohólico presenta durante la convalecencia de una neumonía pasada en su domicilio (la familia dice que no ha bebido alcohol) un cuadro de confusión y ataxia severa. En la exploración se aprecia nistagmus horizontal en ojo derecho en la mirada hacia la derecha. ¿Cuál es su opinión?:

1. El paciente debe haber bebido aunque la familia lo niegue.
2. El cuadro es sugerente de encefalitis límbica postinfecciosa.
3. Hay que descartar un hematoma subdural, de entrada.
4. La clínica es sugerente de degeneración hepatocerebral.
5. Debe recibir tiamina con urgencia.\*

**TRANSTORNOS MENTALES CONCOMITANTES:**

• **SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOV:**

En el síndrome de Wernicke-Korsakov, hay una fase aguda (encefalopatía de Wernicke) y un estado residual (Síndrome de Korsakov). Etiología:

- Déficit de tiamina (vitamina B1).
- La causa más frecuente es el alcoholismo crónico.
- El alcohol interfiere con el transporte activo intestinal de la B1.
- Las reservas de tiamina no superan los 3 sem.

Una dieta rica en hidratos de carbono o la administración de suero glucosado en un paciente con déficit larvado de B1 precipita o agrava la encefalopatía de Wernicke-Korsakov.

**CLÍNICA de WERNICKE-KORSAKOV:**



**1- ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE:**

- De forma aguda, aparecen:
  - Alteraciones de la motórica ocular extrínseca. La parálisis óculo-motora es compleja, pero suele ser más precoz en motores oculares externos produciéndose un estrabismo convergente.
  - Ataxia e inestabilidad en bipedestación.
  - Trastornos psicoconductuales con obnubilación y desorientación.
  - Puede haber trastornos relacionados con disfunción del sistema nervioso autónomo: Taquicardia, hipotensión, síncope o hipotermia por afectación hipotalámica.
  - Frecuente asociación con polineuropatía.

Aunque la forma de comienzo típica es brusca, algunos sujetos desarrollan el déficit de forma insidiosa debido a los efectos repetidos del tóxico y a la deficiencia nutricional.

**2- PSICOSIS DE KORSAKOV (PSICOSIS AMNÉSICA O CONFABULATORIA):**

- Los síntomas residuales más frecuentes son:
  - Ataxia residual.
  - Amnesia de evocación anterógrada y amnesia de fijación (la más afectada es la memoria reciente). También puede haber amnesia retrógrada variable.
  - Fabulación: el paciente "rellena" con invenciones sus "huecos" de memoria como mecanismo compensatorio.

KORSAKOV

ATAXIA RESIDUAL



©Curso Intensivo MIR Asturias

**TRATAMIENTO:**

- Administración de tiamina intravenosa. Inicialmente, 50 mg iv y 50 mg im. Seguir con 50 mg/día im hasta que el paciente se alimente bien. Es conveniente añadir sulfato de magnesio al tratamiento.
- Lo que antes revierte son los trastornos de la motilidad ocular.
- Remisión total del cuadro cuando se trata en momentos iniciales. Los síntomas residuales suelen responder peor.
- Fallecen 17%.

**MIR 88 (2130):** La encefalopatía de Wernicke es debida a un déficit de:

1. Vitamina C.
2. Vitamina A.
3. Vitamina B1.
4. Vitamina B6.
5. Vitamina E.

**MIR FAMILIA 00 (6625):** ¿Cuál de los siguientes datos es una característica principal de la encefalopatía de Wernicke?:

1. Inicio agudo.\*
2. Asociación a crisis comiciales alcohólicas.
3. Asociación a amnesia retrógrada.
4. Tratamiento eficaz con ácido fólico.
5. Asociación a alucinaciones visuales.

**MIR 07 (8704):** Un paciente bebedor habitual de alcohol es llevado a urgencias con un cuadro de desorientación, dificultad para recordar hechos de los días anteriores, errores en los razonamientos, marcha torpe y una desviación en los ojos divergente que antes no tenía. Según parece, ha estado bebiendo alcohol hasta unas horas antes de llevarlo a urgencias. Probablemente se trate de un caso de:

1. Síndrome de abstinencia complicado.
2. Enfermedad de Korsakoff.
3. Encefalopatía de Wernicke.\*
4. Alucinosis alcohólica.
5. Intoxicación etílica aguda.

**MIR 07 (8593) NEUROLOGÍA:** En un paciente que presenta un cuadro agudo de cuadro confusional, oftalmoparesia por afectación del sexto par bilateral y ataxia de la marcha pensaría en:

1. Encefalopatía hiperglucémica.
2. Encefalopatía de Korsakoff.
3. Infarto cerebeloso.
4. Administrarle inmediatamente tiamina.\*
5. Intoxicación por plomo.

**MIR 14 (10307) NEUROLOGÍA:** Un varón de 52 años presenta de forma aguda un síndrome confusional, paresia de ambos músculos rectos externos oculares y ataxia de la marcha pensaría en:

1. Encefalopatía hiperglucémica
2. Encefalopatía de Korsakoff
3. Infarto cerebeloso
4. Administrar inmediatamente tiamina\*
5. Intoxicación por plomo

• **DEMENCIA:**

- El efecto tóxico del alcohol puede causar demencia.
- Más del 60% de los alcohólicos desintoxicados tienen deterioro cognitivo leve que no se puede considerar demencia. El deterioro mejora mucho en los 2 primeros meses de abstinencia y luego mas lentamente.

• **TRASTORNO PSICÓTICO PERSISTENTE INDUCIDO POR ALCOHOL:**

- Alteraciones sensorio-perceptivas: alucinaciones (auditivas sobre todo, visuales, olfativas).
- Falsos reconocimientos.
- Ideación delirante:
  - Paranoide: persecución y perjuicio (paranoia alcohólica).
  - Celos: el consumo crónico de alcohol es la primera causa de celotipia o celopatía.
- En estos cuadros hay buen nivel de conciencia, los pacientes están bien orientados, con memoria normal y sin deterioro de la capacidad de juicio.

©Curso Intensivo MIR Asturias

**OTROS TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR EL ALCOHOL:**

- Cuadros amnésicos: amnesia en bloque (amnesia total entre dos momentos cronológicos), amnesia lacunar (sin límites bien definidos, con retazos de memoria).
- Conductas de fuga y estados crepusculares: el sujeto efectúa desplazamientos sin saber, posteriormente, cómo ni por qué ha llegado a su destino.
- Trastornos depresivos. Suicidio (alcohol 2º causa de suicidio).



- Trastornos de ansiedad generalizada, trastorno por angustia, fobia social. La fobia social y la agorafobia suelen preceder al alcoholismo mientras el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada suelen ser secundarios a esta adicción.
- Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas).
- Otras adicciones: nicotina, tranquilizantes, cocaína.

**MIR 95 FAMILIA (4098):** Un varón de 48 años con una larga historia de dependencia crónica del alcohol es ingresado en un servicio de Psiquiatría porque "me persiguen homosexuales, que me llaman perverso (sexual)", al pasar delante de los bares oye comentarios en su interior que dicen que es marica, travestido y que van a ir a por él. Todo comenzó después de haber estado bebiendo más alcohol del habitual durante unos días. A la exploración está tembloroso y muy asustadizo, bien orientado, con una memoria normal y sin alteraciones de la capacidad de juicio. El diagnóstico más probable:

1. Intoxicación patológica alcohólica.
2. Consumo perjudicial de alcohol.
3. Trastorno psicótico alcohólico.\*
4. Esquizofrenia paranoide.
5. Síndrome amnésico alcohólico (de Korsakoff).

**MIR 01 (7138)** Las alucinosis son esencialmente típicas:

1. De la esquizofrenia hebefrénica.
2. De los cuadros afectivos bipolares.
3. Del alcoholismo.\*
4. De la anorexia mental.
5. De la infancia.

**MIR 00 (6121)** ¿Cual de los siguientes trastornos se asocia con **MENOR** frecuencia al consumo de alcohol?

1. Trastorno antisocial de la personalidad.
2. Episodio depresivo.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo.\*
4. Fobia social.
5. Trastorno de ansiedad.

## 9.7. Cuadros asociados a la disminución/cese de ingesta de alcohol

- Los antecedentes de elevada tolerancia al alcohol predicen la aparición de síntomas de abstinencia graves.

### ALUCINOSIS ALCOHÓLICA:

- Vivas alucinaciones (auditivas) tras abandono / disminución de ingesta alcohólica en personas con dependencia (aunque también puede aparecer en fases de aumento de consumo).
- Suelen ser voces de contenido amenazante y existe respuesta apropiada ante el contenido de las alucinaciones (respuesta ansiosa, comportamientos defensivos...).
- Suele haber claridad del sensorio (a diferencia del delirium).
- Duración menor de 6 meses.

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA:

- Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:
  - Hiperactividad autonómica (p.ej. sudación o taquicardia superior a 100 pulsaciones/min.).
  - Temblor distal de las manos.
  - Insomnio.
  - Náuseas o vómitos.
  - Alucinaciones visuales (zoopsias: "bichos"), táctiles o auditivas transitorias (3-10%), o ilusiones.
  - Agitación psicomotriz.
  - Ansiedad.
  - Crisis comiciales de gran mal.

Las manifestaciones de la abstinencia, especialmente el temblor, suelen hacerse patentes 4-12 horas después de interrumpir la ingesta. Los síntomas alcanzan su máxima intensidad entre 24-48 horas más tarde y tienden a desaparecer al 4º ó 5º día.

**DELIRIUM TREMENS:**

- Suele comenzar 3-4 días después de interrumpir o disminuir la ingesta y puede evolucionar a la remisión completa o a la muerte (en 2% de los tratados y en un 20% de los no tratados).
- **Síntomas:**
  - Hiperactividad autonómica: sudación, taquicardia, hipertermia.
  - Temblor en manos, lengua y párpados.
  - Ansiedad.
  - Insomnio.
  - A medida que avanza se produce deterioro del nivel de conciencia.
  - Alucinaciones visuales ó táctiles (zoopsias).
  - **Delirio ocupacional:** el paciente actúa y gesticula como si realizase su propio trabajo.
  - Crisis comiciales: en 5-15%.
- La privación sensorial (oscuridad) actúa como desencadenante de las alucinaciones.
- El aumento de la temperatura puede estar presente en cualquier cuadro de privación de sustancias, en el caso del alcohol, tiene especial mal pronóstico.

Durante la intoxicación o abstinencia del alcohol concurren con frecuencia ciertas circunstancias que pueden producir deterioro del nivel de conciencia y que deben tratarse específicamente. Estas son:

- Hipoglucemia.
- Traumatismo craneal.
- Hematoma subdural.
- Hemorragia digestiva.
- Encefalopatía hepática.
- Neumonía.
- Déficit de tiamina.



©Curso Intensivo MIR Asturias

### TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA / DELIRIUM TREMENS:

- El tratamiento de elección son las benzodiazepinas de vida media larga (clorazepato, diazepam). Tienen un elevado margen de seguridad en estos enfermos.
- Clorometiazol o tiapride, también son útiles.
- Debe de administrarse también Tiamina (o preparados multivitamínicos con vit. B1) para una adecuada prevención de síndrome de Wernicke-Korsakov.



MIR 98 (5837): Un médico de 40 años ingresó como consecuencia de una fractura de fémur producida en un accidente de tráfico. Se practicó cirugía ortopédica sin complicaciones y, durante los dos primeros días del postoperatorio, el paciente estuvo inquieto pero bien orientado. Al tercer día, el paciente se mostró de repente confuso y temeroso y refirió visión de serpientes y escorpiones que se movían por las sábanas. En la exploración se observó midriasis, temblor de oscilaciones amplias de las manos y los párpados, sudoración profusa, taquicardia con latido hiperquinético y temperatura de 39° C. Los antecedentes personales carecían de interés. Se consideraba un bebedor social moderado y negaba el abuso de otras drogas. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico que más sugiere esta situación? :

1. Delirio por privación alcohólica.\*
2. Delirio postanestesia.
3. Septicemia.
4. Hematoma subdural.
5. Uremia.

MIR 02 (7400): ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre el Delirium Tremens es la correcta? :

1. Se trata del estado peculiar de intoxicación producido por el consumo de alcohol.
2. Se caracteriza por la aparición de conductas impulsivas tras el consumo de una pequeña cantidad de alcohol.
3. Es un cuadro clínico con elevado índice de complicaciones psiquiátricas y con pocas complicaciones orgánicas.
4. Aparece con mayor frecuencia entre los hombres alcohólicos a partir de los 50 años.
5. Su tratamiento de elección son las benzodiazepinas.\*

## 9.8. Tratamiento del alcoholismo

### DESINTOXICACIÓN

Es el primer paso para la deshabitación de un paciente alcohólico.

No es necesaria la hospitalización, solo en casos de:

- Historia de convulsiones
- Historia de delirium tremens.
- Historia de tolerancia y consumo muy elevados.
- Abuso de otras sustancias psicoactivas.
- Complicaciones somáticas graves.
- Comorbilidad con otros trastornos mentales o riesgo de suicidio.
- Fracasos repetidos en régimen ambulatorio.

La desintoxicación consiste en la retirada brusca y total del alcohol, por lo que debe prevenirse el síndrome de abstinencia con psicofármacos sedantes a dosis altas como: Benzodiazepinas (diazepam, clorazepato), clometiazol o tiapride.

- Estos fármacos también protegen de las convulsiones y también serían útiles para el tratamiento del delirium tremens establecido.
- Si aparecen alucinaciones o delirios: haloperidol o similar (cuidado porque los neurolepticos disminuyen el umbral convulsivo).
- En caso de necesidad de antidepresivos, los ISRS están más indicados que los tricíclicos.

En el tratamiento de la abstinencia alcohólica y en su prevención es necesario una alimentación adecuada que incluya suplementos de tiamina al menos 1 semana.

### DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN

Se comienza esta fase una vez superada la de desintoxicación. Es prolongada. El riesgo de recaída persiste mucho tiempo después de interrumpir el consumo.

#### TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Terapias: cognitivo-conductuales, de pareja y familiar, de grupo, grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos). No hay una fórmula que sea claramente mejor.

El contacto del paciente con el médico o grupos de apoyo debe establecerse al menos 6 meses aunque es preferible un año. Se

destacará en las visitas las áreas de la vida del paciente que han mejorado al dejar el alcohol. Después de la rehabilitación el 60% de los alcohólicos de clase media mantiene la abstinencia al menos 1 año y muchos de por vida.

#### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- **INTERDICTORES (MIR): DISULFIRAM (ANTABÚS) Y CIANAMIDA CÁLCICA**
  - Ambos producen un acumulo de ACETALDEHIDO al inhibir la aldehido deshidrogenasa (disulfiram produce inhibición irreversible y cianamida cálcica reversible). Al ingerir alcohol, se produce importantes efectos histaminérgicos (efecto antabús): vasodilatación, náuseas, vómitos, enrojecimiento, disnea, palpitaciones, hipotensión, ansiedad y visión borrosa. En casos extremos: arritmias, IAM, o convulsiones.
  - No es conveniente la prescripción sistemática.
  - Cuando se administra no debe haber habido ingesta alcohólica en al menos las 24 horas previas.
  - La cianamida tiene un efecto más rápido y más breve (1 día) que el disulfiram (6 días).
  - Tratamiento efecto antabus: antihistamínicos / corticoides.
  - **Contraindicaciones absolutas:**
    - Disulfiram: Enfermedad cardiovascular grave, embarazo, psicosis.
    - Cianamida: Enfermedad cardiovascular grave.
  - **Contraindicaciones relativas:**
    - Disulfiram: Cirrosis, bronquitis crónica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, epilepsia, insuficiencia renal.
    - Cianamida: Insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria.
  - **Fármacos que pueden producir efecto antabus (al consumir alcohol de forma concomitante):** antibióticos (cefalosporinas, cloranfenicol, griseofulvina, ketaconazol, isoniacida, metronidazol, tetraciclinas).



- **FÁRMACOS QUE REDUCEN EFECTOS PLACENTEROS Y CRAVING:**
  - **NALTREXONA (antagonista opiáceo):**
    - Bloquea receptores opiáceos evitando los efectos placenteros del alcohol.
    - No se recomienda su uso si:
    - Transaminasas elevadas x3.
    - Bilirrubina total elevada x2.
  - **ACAMPROSTATO:** bloquea al sistema glutamatergico y disminuye el deseo de beber cuando el alcohólico se expone a estímulos que aumentan su deseo.
- **FARMACOS QUE REDUCEN LA IMPULSIVIDAD: TOPIRAMATO.**



## 9.9. Urgencias psiquiátricas en alcoholismo

- Enfermedad de Wernicke-Korsakov.
- Alucinosis alcohólica.
- Celotipia alcohólica.
- Síndrome de abstinencia (delirium tremens, crisis convulsivas).
- Embriagueces patológicas.
- Encefalopatía hepática.
- Tentativas de suicidio.

**MIR 06 (8441):** Una mujer viuda de 75 años que vive sola acude a consulta. Padece de hipertensión arterial e hiponatremia leve por diuréticos. Refiere encontrarse bien y únicamente se queja de pirosis. Preguntada sobre la ingesta de alcohol, dice tomar unas 4 copas al día. La tensión arterial está más elevada que hace 1 año. La puntuación en el cuestionario "CAGE" es 1/4 pero no tiene criterios de dependencia de alcohol según el DSM-IV. Afirma que desea disminuir la ingesta de alcohol. Tres meses más tarde dice haber mejorado algo pero anhela el alcohol. Solicita alguna medicación que la ayude. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más apropiado?:

1. Buspirona.
2. Disulfiram.
3. Fluoxetina.
4. Litio.
5. Naltrexona.\*

**MIR 11 (9763)** ¿Cómo actúan la Cianamida o el Disulfiram en un paciente alcohólico?:

1. Reducen el efecto del OH en el organismo, disminuyendo el posible efecto positivo de un nuevo consumo.
2. Incrementan el efecto tóxico del OH, desmotivando al paciente de cara a nuevos consumos\*.
3. Anulan el efecto del OH en el organismo, actuando como antagonistas.
4. Por su efecto estabilizador del ánimo posibilitan un mayor control del consumo.
5. Ocupan los receptores GABA, reduciendo el "craving".

**MIR 12 (9935):** ¿Cómo actúan la Cianamida o el Disulfiram en un paciente alcohólico?:

1. Reducen el efecto del alcohol en el organismo, disminuyendo el posible efecto positivo de un nuevo consumo.
2. Incrementan el efecto tóxico del alcohol, desmotivando al paciente de cara a nuevos consumos\*.
3. Anulan el efecto del alcohol en el organismo, actuando como antagonistas.
4. Por su efecto estabilizador del ánimo posibilitan un mayor control del consumo.
5. Ocupan los receptores GABA, reduciendo el ansia de consumo.



## RESUMEN DE T. MENTALES DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- **Droga:** sustancia que produce alteración de la conducta o del estado psíquico.
- **Intoxicación:** síndrome reversible que se caracteriza fundamentalmente por la aparición de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos y fisiológicos. (MIR)
- **Tolerancia:** disminución de los efectos de una sustancia tras la administración repetida de la misma (MIR).
- **Dependencia** (criterios del DSM-IV-TR): necesaria la presencia de 3 o más ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses.
  - Tolerancia
  - Abstinencia
  - La sustancia se toma en cantidades mayores o durante más tiempo del que se había previsto.
  - Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o disminuir el consumo.
  - Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de dicha sustancia.
  - Reducción importante de las actividades sociales, laborales o recreativas.
  - Se continúa tomando la sustancia a pesar de los problemas psicológicos o físicos causados por la misma.
- **El abuso o consumo perjudicial** se define como un patrón desadaptativo de consumo que no llega a cumplir los criterios diagnósticos de la dependencia (MIR).
- **Síndrome de abstinencia:** síndrome específico para cada sustancia que aparece después de interrumpir o disminuir el consumo tras una ingesta crónica (MIR). Causa un malestar clínicamente significativo y deterioro de la actividad social o laboral.
  - **Agudo:** síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo. Dura 4-10 días.
  - **Tardío:** disregulación del SNA y de las funciones psíquicas, persiste largo tiempo, contribuye a las recaídas.
  - **Craving:** deseo imperioso de consumir la sustancia psicoactiva (dopamina)
- **Síndrome amotivacional:** astenia, apatía, falta de interés, reducción generalizada de cualquier actividad y déficit de funciones psíquicas básicas. En relación con cualquier droga. Dificulta la deshabitación y la reinserción social.
- **Tratamiento de las drogodependencias:**
  - **Desintoxicación:** conseguir que el paciente deje de consumir droga. Se consigue entre 7 y 14 días.
  - **Deshabitación:** proceso largo y complejo en el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío. El paciente aprende una serie de estrategias que le permitirán no recaer en el consumo.
  - **Reinserción:** se solapa con el anterior, integración del individuo en el medio social que le corresponde.

## 1. OPIÁCEOS

- **Agonistas puros:** morfina, heroína, metadona, meperidina, fentanilo, codeína, dextropropoxifeno.
- **Agonistas parciales:** buprenorfina, tramadol
- **Agonista/antagonista** (MIR): nalorfina, pentazocina, levorfanol, ciclorfanol
- **Antagonistas** (MIR): naloxona, naltrexona
- El fentanilo, tiene la vida media más corta y la mayor potencia. La metadona tiene 3 veces más potencia que la morfina y una vida media larga (24 horas).
- Usos médicos.- Morfina: edema agudo de pulmón (MIR) y dolores intensos incluyendo etiología cancerosa (MIR); Codeína y Loperamida: antidiarréicos; Codeína y Dextropropoxineno: antitusígenos. No se deben usar en cólicos biliares pues contraen el esfínter de Oddi (MIR).

## 1.1. INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIÁCEOS (SOBREDOSIS)

- Causa más frecuente de muerte en ADVP.
- Hipoactividad simpática: Hipo / Bradi + Miosis, deterioro del nivel de conciencia que puede llegar al coma (MIR) y depresión respiratoria por edema agudo de pulmón (MIR).
- **Tratamiento:** naloxona i.v. (MIR) (tiene menor vida media que la mayoría de los opiáceos).

## 1.2. TRASTORNOS POR CONSUMO CRÓNICO

- **Por el opiáceo:** estreñimiento, depresión de la función inmunitaria, síndrome nefrótico.
- **Por los adulterantes:** neuropatía periférica, ambliopía, mielopatía.
- **Por la vía de administración (iv):** Infección de partes blandas por estafilococo, hepatitis B, C, delta (MIR). SIDA, endocarditis derecha por estafilococo aureus (MIR) + válvula tricúspide más frecuentemente afectada y embolismos pulmonares frecuentes (MIR), flebitis séptica, abscesos cerebrales, artritis por pseudomona (MIR).

## 1.3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS: INOCUO SI NO EXISTE ENFERMEDAD GRAVE SUBYACENTE.

- Inicio: 6-12 horas después de la última toma, intenso: 24-48 horas y desaparece: 8-10 días después.
- Hiperactividad simpática: Hiper / Taqui + Midriasis, rinorrea, lagrimeo, insomnio, sudación, bostezos, temblor, dolor abdominal, inquietud, piloerección, agitación, vómitos.
- **Tratamiento:** desintoxicación.

## 1.4. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A OPIÁCEOS

- **Embarazadas siempre metadona**
- **Desintoxicación:**
  - Tratamientos inespecíficos: BZD, analgésicos, antidiarréicos, antieméticos....
  - Agonistas opiáceos: dosis decrecientes de metadona o dextropropoxifeno (menor margen terapéutico).



- o Agonistas alfa-2-adrenérgicos: clonidina (MIR). Su efecto secundario más frecuente es la hipotensión. Es preciso el ingreso hospitalario.
- o Pautas cortas / ultracortas: naloxona / naltrexona + clonidina + fármacos de tratamientos inespecíficos.
- **Deshabitación:**
  - o Programas con antagonistas de opiáceos (Naltrexona). Consisten en tomar de forma crónica un antagonista opiáceo para no notar efectos placenteros en caso de ingesta de opiáceos. Hay que asegurarse una buena desintoxicación antes del inicio del tratamiento para no producir un síndrome de abstinencia (MIR).
  - o Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos
    - Cuando no es posible la abstinencia a opiáceos, se incluye a los pacientes en estos programas para evitar las complicaciones legales y médicas del uso de opiáceos.
    - La metadona es la sustancia de elección, se administra únicamente por vía oral (MIR). Se indica cuando ha habido fracasos terapéuticos repetidos en tratamientos de desintoxicación o tras estancias en comunidades terapéuticas, en embarazadas y pacientes con complicaciones orgánicas y/o psíquicas graves.
    - Ante un heroínómano que exige al médico general un opiáceo de síntesis para paliar su síndrome de abstinencia, la actitud será la de no prescribir ningún fármaco que no entre dentro de un pacto terapéutico y enviar a un centro especializado (MIR).
  - o Programas de reinserción social

## 2. COCAÍNA

- Psicoestimulante que produce intensa dependencia psíquica.
- Vida media corta (1 hora) con mucho potencial de adicción. Administración: esnifada, fumada o inhalada (crack) (MIR), inyectada (las tres últimas formas ↑↑efectos psicoactivos y tienen un intenso potencial de adicción).
- Al desaparecer los efectos aparece efecto rebote o crash: disforia, fatiga, ansiedad, que lleva al sujeto a consumir más droga.

### 2.1. MECANISMO DE ACCIÓN

- Inhibe la recaptación de catecolaminas y aumenta su liberación a nivel sináptico. Produce efectos simpático-miméticos. Su uso crónico lleva a la depleción cerebral de dopamina y noradrenalina.

### 2.2. INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA

- Estado de euforia, agitación psicomotriz y síntomas maniacos. Deterioro de la capacidad de juicio, agresividad y sensación de grandiosidad.
- Efectos físicos: midriasis reactiva, taquicardia, hipertensión arterial, sudación, hipertermia, hiperreflexia, náuseas. (MIR) .
- Efectos psíquicos: cuadros psicóticos (delirios autorreferenciales o persecutorios) (MIR9), alucinaciones táctiles (sentir insectos debajo de la piel) –formicación o síndrome de Magnam-, dependen de la susceptibilidad individual.
- Tratamiento: Sintomático. Convulsiones: diazepam. Taquicardia: propranolol. Agitación: clorpromacina...

### 2.3. USO CRÓNICO

- El uso crónico puede producir trastorno paranoide (ideas delirantes persecutorias), formicación, perforación del tabique nasal, disminución del flujo sanguíneo cerebral, aumento de la incidencia de cardiopatía isquémica o ACV, hiperprolactinemia que causa impotencia, ginecomastia, galactorrea (MIR)
- Cuando se establece la dependencia se producen cambios conductuales: depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía...
- Tratamiento: no existe un tratamiento claramente definido. Se han usado antidepresivos tricíclicos como la imipramina (MIR), ISRS, agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, amantadina), anticraving...

## 3. OTROS PSICOESTIMULANTES

### 3.1. ANFETAMINAS

- Mecanismo de acción: Liberación de dopamina y noradrenalina presinápticas e inhibición de su recaptación (MIR).
- Intoxicación aguda: efecto similar a cocaína (MIR). También pueden producir cuadros psicóticos paranoides, esquizofreniformes... Tratamiento sintomático.
- Efectos:
  - o A dosis bajas: Relajación, energía, disminución de la fatiga, sueño y hambre.
  - o Dosis mayores: Pueden producirse cuadros desadaptativos y síntomas psicóticos (según la susceptibilidad individual).
- Su uso por vía subcutánea se asocia a infecciones por *Eikenella corrodens* (MIR).
- Uso crónico: alteración de la memoria, depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía...
- Tratamiento abstinencia: BZD.

### 3.2. ÉXTASIS

- Efectos psicoestimulantes (ansiedad, taquicardia, aumento de la TA, hipertermia, midriasis, hiperkinesia, euforia...), pseudoalucinógenos y empatógenos.
- Posibilidad de cuadros psicóticos crónicos por el uso prolongado.

## 4. ALUCINÓGENOS

- No produce dependencia física. Las alucinaciones producidas por estas sustancias reciben el nombre de psicodélicas y se acompañan de agitación psicomotora.
- Intoxicación aguda: midriasis, taquicardia, hipertensión, temblor, alucinaciones, crisis de pánico (efecto indeseable más fre-



cuente), psicosis... Tratamiento sintomático.

- **Efectos:**
  - **Síntomas somáticos:** midriasis, vértigo, debilidad, temblor, náuseas, febrícula, taquicardia, sudación, parestesias (MIR).
  - **Síntomas psíquicos:** Angustia extrema, trastornos de la percepción y fenómenos alucinatorios múltiples (MIR), despersonalización, desrealización...
- Posibilidad de flashbacks: reexperimentación breve de la sintomatología psíquica mucho tiempo después del consumo. Aparece en el 20% de los consumidores.
- Puede producir psicosis crónica.

## 5. CANNABIS

- No produce dependencia física.
- **Intoxicación aguda:** pupilas isocóricas, irritación conjuntival, hipertensión, taquicardia, cuadros psicóticos, flashbacks... Tratamiento sintomático (BZD).
- **Efectos:**
  - **Físicos:** irritación conjuntival, taquicardia, ↑ apetito, sequedad de boca...
  - **Psíquicos:** euforia leve, sensación de bienestar, relajación, aumento de la sociabilidad, mayor sensibilidad a estímulos sensoriales, distorsiones perceptivas...
- **Uso crónico:** ansiedad, crisis de pánico, cuadros psicóticos, síndrome amotivacional...

## 6. BENZODIACEPINAS

- Tolerancia cruzada con el alcohol y con los barbitúricos.
- **Intoxicación aguda:** somnolencia, disartria, depresión SNC, ataxia... Tratamiento: flumazenil iv
- **Desintoxicación:** diazepam (dosis decrecientes).

## 7. BARBITÚRICOS

- **Intoxicación aguda:** pupilas medias fijas, somnolencia, disartria, confusión mental, coma barbitúrico, posible crisis de porfiria aguda intermitente... Tratamiento: interrupción progresiva del barbitúrico y sustitución por BZD. Provocar diuresis y alcalinizar orina.
- **Desintoxicación:** fenobarbital (dosis decrecientes).

## 8. ALCOHOLISMO

- El alcohol de abuso es el **etanol**. **Absorción:** en **duodeno y yeyuno proximal**. **Eliminación:** urinaria, pulmonar, sudor y la más importante: **hepática 90%** (sobre todo por **oxidación no microsomal**).

### 8.1. INTOXICACIÓN AGUDA

- Prueba más específica para medir consumo reciente de alcohol: alcoholemia (concentración de alcohol en sangre).
- **Según la cantidad de alcohol en sangre:**
  - **Embraguez subclínica (< 0.5 gr/l):** alteración del tiempo de reacción, menor precisión.
  - **Embraguez ligera o excitación (0.5-1.5 gr/l):** euforia, locuacidad, agresividad
  - **Embraguez grave (1.5-3.0 gr/l):** aumento de las anteriores, ataxia, nistagmo, lenguaje farfullante, deterioro de la atención y memoria, clínica vegetativa (hipotensión, náuseas, sudor).
  - **Coma (3.0-5 gr/l):** evolución a estupor o coma.
  - **Zona letal (> 4.0 gr/l):** puede ser mortal, por depresión del centro respiratorio o aspiración del vómito (MIR).
- **Tratamiento:** sintomático + suero glucosado + **TIAMINA** (Vit B1) (prevención de Wernicke-Korsakov).
- **Borrachera patológica:** Desproporción dosis-respuesta. Tras la ingesta de poca cantidad de alcohol cuadro muy aparatoso (agitación y estado confusional), frecuente en abstemios. Cesa con el sueño. Amnesia del episodio.
- **Black out o palimpsesto:** Amnesia respecto a un periodo en el que el sujeto estaba bebiendo alcohol y no mostraba signos de intoxicación alcohólica (MIR).

### 8.2. ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO

- Multifactorial. Factores genéticos, sociales y psíquicos. El riesgo de padecer alcoholismo en familiares de pacientes alcohólicos está multiplicado x 4 respecto a la población general (MIR).

### 8.3. PATRONES DE CONSUMO

- **Mediterráneo:** Consumo diario, se emborracha raramente.
- **Anglosajón:** Grandes intoxicaciones separadas por días de abstinencia.

### 8.4. DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO

- El diagnóstico se hace en base a la historia clínica. El resto de pruebas son una ayuda al diagnóstico.
- Unidad de Bebida Estándar (UBE) = 10 g de alcohol puro (6 12.5 ml de alcohol).
- **Cuestionarios de detección:** CAGE (4 preguntas. "Probable diagnóstico: 2 ítems positivos), AUDIT, MALT...
- **Marcadores bioquímicos:**
  - Elevación de enzimas hepáticas
    - GOT (AST) y GPT (ALT). GOT/GPT > 2 muy sugestivo de consumo crónico de alcohol.
    - Aumento de GGT (MIR). Se normaliza tras 3-4 sem de abstinencia (su caída en 5 días es patognomónica). Más sensible que VCM.

nás en normalizarse que GGT.



- o Aumento GGT + Aumento VCM: especificidad del 75%.
- o Aumento CDT. Se normaliza tras 2 semanas de abstinencia. El más específico.
- Cuando la cantidad de calorías que el alcohol aporta a la dieta supera el 20% se habla de bebedor excesivo (MIR).

## 8.5. ALCOHOLISMO CRÓNICO

### COMPLICACIONES FÍSICAS

- **Aparato digestivo:** Aumento de tamaño de las glándulas parótidas. Reflujo gastroesofágico y pirosis. Síndrome de Mallory-Weiss. Gastritis agudas que pueden evolucionar a gastritis crónicas. Pancreatitis agudas que pueden evolucionar a pancreatitis crónicas. Síndrome de malabsorción. Esteatosis hepática. Hepatitis alcohólica (GOT/GPT >2) (MIR). El 15% de los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática, y de estos 10-50% hepatocarcinoma.
- **Sistema cardiovascular:** El alcohol actúa como antiagregante en pequeñas dosis. El consumo crónico, produce HTA por estímulo del sistema renina-angiotensina-aldosterona (hipotensión en consumo ocasional). Fibrilación auricular, extrasístoles. Miocardiopatía alcohólica: hipertrofia ventricular izquierda, ICC, sint anginosos. La miocardiopatía dilatada aparece tras más de 10 años de abuso del alcohol. El alcohol es factor de riesgo de ACV.
- **Sistema hematológico:** anemia, neutropenia, trombopenia.
- **Sistema osteomuscular:** la miopatía aguda, con clínica de debilidad proximal de miembros, es lo más frecuente. El alcohol es la causa más frecuente de osteoporosis en varones.
- **Sistema nervioso:**
  1. **Enfermedad de Marchiafava-Bignami:** desmielinización del cuerpo calloso. Se produce clínica de demencia, disartria, hipocinesia, descontrol de esfínteres.
  2. **Mielinólisis central pontina:** desmielinización de la base de la protuberancia, pronóstico fatal.
  3. **Ambliopía alcohólica.**
  4. **Neuropatía periférica:** tipo sensitivo-motor, de predominio distal. El trastorno es más frecuente en alcohólicos crónicos. Produce dolor y parestesias.
  5. **Degeneración cerebelosa de predominio vermiano.**
- **Metabolismo:** El alcohol produce **hipoglucemia**. Inhibe la gluconeogénesis hepática (MIR). Aumenta la cetogénesis, disminuye la lipólisis y la oxidación de ácidos grasos, produciendo **hiperlipidemias**. Determina además trastornos de la síntesis de aminoácidos por déficit de vitamina B6.
- **Complicaciones infecciosas:** Efecto inmunosupresor. Más frecuencia de hepatitis B y C. TBC, neumonía por Gram(-) y anaerobios, mayor frecuencia de meningitis bacterianas.
- **Complicaciones oncológicas:** El alcohol es factor de riesgo para Ca de cavidad oral, faringe, esófago, hígado, colon y recto.
- **Efectos hormonales:** Una minoría de varones alcohólicos crónicos puede presentar atrofia testicular irreversible (MIR). En mujeres puede aparecer amenorrea. Hiperkortisolemia. Hipofunción tiroidea (↓ T3 y T4).
- **Síndrome alcohólico fetal:** Abortos espontáneos y efecto teratógeno. Retraso del crecimiento prenatal (CIR) y postnatal. Afectación SNC (microcefalia, retraso mental, síndrome de hiperactividad y alteraciones de la coordinación). Anomalías faciales. Alteraciones de los tabiques del corazón (CIA, CIV) (MIR). Malformaciones renales. Frecuente.

### COMPLICACIONES SOCIALES

- Deterioro social. Alteración de las relaciones interpersonales. Violencia.

### TRASTORNOS MENTALES CONCOMITANTES EN ALCOHOLISMO CRONICO

- **Síndrome de Wernicke-Korsakov:** déficit de tiamina (vitamina B1). Frecuentemente coexisten ambos cuadros. Causa más frecuente alcoholismo crónico (MIR). **Tratamiento:** tiamina (MIR).
  - o **Encefalopatía de Wernicke** (cuadro agudo) (MIR): triada sintomática: obnubilación / desorientación, alteración motórica ocular, ataxia. Frecuentemente se asocia con polineuropatía. Suele tener un inicio brusco (MIR).
  - o **Síndrome de Korsakov** (cuadro residual): amnesia anterógrada, fabulación
- **Demencia:** el efecto tóxico del alcohol puede causar demencia. La mayoría de los alcohólicos tienen deterioro cognitivo leve que mejora mucho al suspender la ingesta.
- **Trastorno psicótico persistente inducido por el alcohol :**
  - o Predomina la ideación delirante. Los temas más frecuentes del delirio son: celos (consumo crónico de alcohol es la primera causa de celotipia o celopatía), persecución... (MIR). Alucinaciones sobre todo de tipo auditivo
  - o Los pacientes tienen buen nivel de conciencia, están orientados, con memoria normal y sin deterioro de la capacidad de juicio (pasa lo mismo en la alucinosis alcohólica).
- Otros trastornos mentales inducidos por el alcohol son: cuadros amnésicos, trastornos depresivos (MIR), suicidio (alcohol 2º causa), trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (MIR00), fobia social (más que consecuencia es causa) (MIR), trastornos de sueño.
- **Comorbilidad del alcoholismo:** Trastorno antisocial de la personalidad (MIR), esquizofrenia (riesgo x3), trastornos afectivos (riesgo x2).

## 8.6. CUADROS ASOCIADOS A LA DISMINUCIÓN / CESE OH EN ALCOHOLICO CRONICO

- **Alucinosis alcohólica:** Alucinaciones sobre todo de tipo auditivo (voces amenazantes) (MIR).
- **Síndrome de abstinencia alcohólica:**
  - o Comienza 4-12 horas tras última ingesta.
  - o Dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudación, taquicardia), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas, vómitos, alucinaciones visuales / táctiles (zoopsias: "bichos"), agitación psicomotriz, ansiedad, crisis comiciales.
- **Delirium alcohólico (Delirium tremens):**
  - o Comienza 3-4 días después de suprimir / cesar la ingesta (MIR).
  - o Es el cuadro más grave inducido por abstinencia alcohólica (puede ser mortal: riesgo fallecimiento 5%).
  - o Hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, hipertermia), temblor de manos, párpados, lengua, agitación, ansiedad, insomnio. A medida que progresa aparece deterioro del nivel de conciencia (MIR). Alucinaciones visuales / táctiles (zoopsias) (MIR). Delirio ocupacional. Crisis comiciales entre un 5-15%.



- **Tratamiento:** El fármaco de elección son las BZD (diazepam, clordiazepóxido) (MIR), también se utilizan otros fármacos como clometiazol + Tiamina (o preparados multivitamínicos con vit. B1).

### 8.7. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

- **Desintoxicación:** es el primer paso para la deshabitación (MIR). No es necesaria la hospitalización (MIR) salvo que exista historia de convulsiones o delirium tremens, abuso de otras sustancias psicoactivas, otros trastornos mentales, riesgo de suicidio o fracasos repetidos en régimen ambulatorio.
- Se procede a la supresión brusca de la ingesta alcohólica, se deben asociar **fármacos** para que no aparezca el síndrome de abstinencia: Estos son: **Benzodiazepinas** (diazepam, clordiazepóxido), **clometiazol**, **tiapride** (MIR). Estos fármacos son también útiles para el tratamiento del delirium tremens establecido. Si hay alucinaciones o delirios: Haloperidol. A veces también se necesitan antidepresivos. En el tratamiento deben incluirse suplementos de vitaminas del grupo B (prevención de Wernicke-Korsakov) al menos una semana (MIR).
- **Deshabitación:**
  - **Tratamiento psicosocial:** Terapias conductistas, grupos de autoayuda.
  - **Tratamiento farmacológico:**
  - **Interdictores:** disulfiram o cianamida cálcica, ambos producen acúmulo de acetaldehído y por tanto efecto antabús tras la ingesta alcohólica. El efecto antabús consiste en: vasodilatación, náuseas, vómitos, enrojecimiento, disnea, palpitaciones, hipotensión, ansiedad... (MIR). **Contraindicaciones absolutas de interdictores:**  
Disulfiram: alteraciones cardiovasculares, embarazo y psicosis.  
Cianamida cálcica: enfermedad coronaria o miocárdica grave.
  - **Otros fármacos:** naltrexona (MIR) o acamprostatato (↓ craving y recompensa); topiramato
- Después de rehabilitación 50% de los alcohólicos abstinencia al menos 1 año y muchos de por vida (MIR).

### 8.8. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN ALCOHOLISMO

- Enfermedad de **Wernicke-Korsakov**, **Alucinosis alcohólica**, **Celotipia alcohólica**, **sd abstinencia** (delirium tremens, crisis convulsivas), **Embriaguez patológica**, **encefalopatía hepática y tentativa de suicidio**.



## 1. Clasificación de los trastornos del humor



## 2. Epidemiología

El HUMOR es el tono del ánimo que vivenciamos internamente e influencia nuestra percepción del mundo y conducta. El humor puede ser normal o estar elevado o disminuido.

El AFECTO es la expresión externa de este humor.

### PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR:

Los trastornos del humor son frecuentes.

- El trastorno depresivo mayor tiene la mayor prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno psiquiátrico: 12% (rango 5-17%).
  - Incidencia anual: 1,6% (1,9% en mujeres y 1,1% en varones). Más frecuente en mujeres.
- Distimia: 5%.
- Trastorno bipolar: 1%.

### POR SEXO:

- La depresión y la distimia son más frecuentes en mujeres (aproximadamente x2).
- El trastorno bipolar tiene la misma incidencia en varones que en mujeres. Pero los episodios maníacos son más frecuentes en hombres y los depresivos en mujeres. Además, cuando las mujeres tienen episodios maníacos son más frecuentemente de tipo mixto (síntomas de manía y depresión conjuntamente).

### POR EDAD DE INICIO:

- Trastorno depresivo: 40 años.
- Trastorno bipolar: 30 años. Comienza antes.

MIR 09 (9206): (147) Señale la respuesta **FALSA** en relación a los trastornos del estado de ánimo:

- El trastorno depresivo mayor tiene el doble de prevalencia en mujeres que en varones.
- El trastorno bipolar I tiene doble prevalencia en varones que en mujeres.\*
- Los episodios maníacos son más frecuentes en los varones.
- El trastorno bipolar I es menos frecuente que el trastorno depresivo mayor.
- El trastorno bipolar I comienza más precozmente que el trastorno depresivo mayor.

## 3. Trastornos depresivos

**Episodio depresivo mayor:** el primer episodio de un paciente.

**Trastorno depresivo recurrente:** al menos otro episodio depresivo previo. No antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Intervalo libre de síntomas entre un episodio y otro de >6 meses.

**Distimia:** menor gravedad sintomática que en un episodio depresivo pero duración >2 años.

### 3.1. Criterios diagnósticos

- ≥5 durante un periodo de 2 semanas.
- CAMBIO respecto a la actividad previa.
- Un síntoma debe ser ánimo deprimido o anhedonia.
  - Ánimo deprimido durante la mayor parte del día casi cada día. (En niños puede ser irritable).
  - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer: anhedonia.
  - Pérdida de peso (anorexia) sin hacer régimen (más frecuente) o aumento de peso.
  - Insomnio (más frecuente) o hipersomnia cada día.
  - Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día.
  - Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.
  - Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
  - Pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos suicidas.

Los síntomas deben acompañarse de malestar clínico significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Hay aislamientos social y pérdida de las aficiones.

Los síntomas psicóticos reflejan enfermedad grave y pueden ser:

- Congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones con contenido compatible con temas depresivos (culpa, enfermedad, muerte, ruina, delirio de Cotard). Es lo más frecuente.
- Incongruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones con contenido no compatible con temas depresivos (persecución, control, inserción o transmisión del pensamiento...).



Pensamientos recurrentes de muerte o ideas de suicidio en el episodio depresivo mayor.



	LEVE	MODE- RADO	GRAVE
<b>TÍPICO:</b>			
• Humor depresivo			
• Pérdida interés	2	2	3
• Anhedonia			
• Fatigabilidad			
• Menor vitalidad			
<b>FRECUENTE</b>			
• ↓atención/concentración			
• Pérdida confianza			
• Ideas culpa / inutilidad			
• Ideación / actos suicidas	2	4	5
• Trastornos sueño			
• ↓apetito			
<b>INTENSIDAD</b>	+	++	+++
<b>DURACIÓN SINTOMAS</b>	≥ 2 SEMANAS		
<b>DETERIORO PSICOSOCIAL</b>	+	++	+++

La depresión melancólica o endógena implica gravedad. Se asocia con cambios del sistema nervioso autónomo y endocrino. Ocurre en ausencia de desencadenantes estresantes. Además, puede acompañarse del llamado **SÍNDROME SOMÁTICO** caracterizado por la presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas:

#### SÍNDROME SOMÁTICO (depresión melancólica o endógena)

- Pérdida interés / anhedonia
- Descenso de la reactividad emocional
- Despertar precoz (2 horas antes)
- Empeoramiento matutino (variación circadiana del estado de ánimo)
- Inhibición / agitación psicomotriz
- Pérdida de peso (5% en último mes)
- Descenso de la libido

≥4

### 3.2. Síntomas asociados al episodio depresivo mayor

#### AFECTIVOS:

**Anhedonia:** Incapacidad para experimentar placer.

- **Disforia:** Sensación de malestar general, especialmente estado de ánimo depresivo con ansiedad e inquietud.
- **Alexitimia:** Incapacidad para expresar los afectos a través de las palabras.
- **Otros síntomas afectivos:** Angustia, irritabilidad, tristeza, ruminaciones obsesivas, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor, ansiedad, fobias.

#### PENSAMIENTO:

Pérdida de la autoestima, ideas de culpa o de ruina.

#### CONDUCTA:

Abandono personal, intentos de suicidio (hasta en el 15% de los casos: 1ª causa de suicidio).

Aislamiento social, pérdida de la libido.

Ritmos biológicos:

Más frecuente en primavera-otoño.

Mejoría vespertina y despertar precoz en depresión endógena.

#### ALTERACIONES SOMÁTICAS:

Trastornos digestivos, estreñimiento, astenia, amenorrea, sequedad de boca.

**SÍNTOMAS MOTORES:** agitación o enlentecimiento psicomotor.

### 3.3. Curso del trastorno depresivo mayor

- Suele iniciarse con pródromos de síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves.
- Sin tratamiento, lo habitual es que dure más de 4 meses.
- Alrededor del 20-30% de los casos persisten síntomas depresivos durante meses o años (remisión parcial).
- Los episodios son más frecuentes a medida que avanza la edad.
- **TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE:** trastorno depresivo mayor recidivante.
  - ≥1 episodios depresivos mayores.
  - sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.
  - Período de 6 meses libres de alteraciones entre episodios.

**MIR FAMILIA 00 (6629)** Atendemos a una chica de 16 años que nos cuenta que lleva un tiempo con menos apetito y durmiendo menos ya que le cuesta poder dormirse. Es una buena estudiante, pero en la última evaluación le han quedado cuatro asignaturas y le cuesta concentrarse en los estudios. Los dos últimos fines de semana no ha salido con sus amigas porque no le apetecía y se siente irritada con su familia, aunque no entiende por qué, tiene dolores de cabeza y a veces le viene la idea de la muerte a la imaginación aunque piensa que no lo haría por sus sentimientos religiosos. Nunca le había sucedido algo parecido. El diagnóstico:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno ciclotímico.
- Trastorno distímico.
- Anorexia.
- Episodio depresivo mayor.\*

**MIR 02 (7398)** : Respecto al denominado "trastorno depresivo mayor" una de las siguientes afirmaciones **NO** es cierta:

1. Equivale en cierta medida al concepto de melancolía.
2. En él se incluyen tanto el trastorno depresivo mayor unipolar como la fase depresiva del trastorno afectivo bipolar ("depresión bipolar").
3. Presenta unos criterios diagnóstico claramente diferenciados de los propuestos para otros trastornos depresivos como la Distimia.
4. Al margen del ánimo decaído; estos individuos suelen presentar ideas, ruminaciones e impulsos suicidas que conducen a gestos suicidas o incluso al suicidio consumado en el 15% de los casos.
5. Resulta excepcional su complicación con sintomatología psicótica.\*

**MIR 03 (7660):** La anhedonia total se relaciona fundamentalmente con:

1. Manía.
2. Depresión.\*
3. Fobias sociales.
4. Ataques de pánico.
5. Personalidad antisocial.

**MIR 11 (9687):** Una estudiante universitaria de 19 años acude a la consulta acompañada por sus padres refiriendo sentirse en los últimos dos meses progresivamente más asténica, con pérdida de apetito y de peso y con mayores dificultades para concentrarse en los estudios. En la anamnesis también destaca que ha perdido interés en salir con las amigas, presenta ideas de muerte sin ideación autolítica y cogniciones pesimistas de futuro. Su peso es el 90% del considerado ideal por edad y género. No presenta fobia ponderal ni distorsión de la imagen corporal. El diagnóstico más adecuado es:

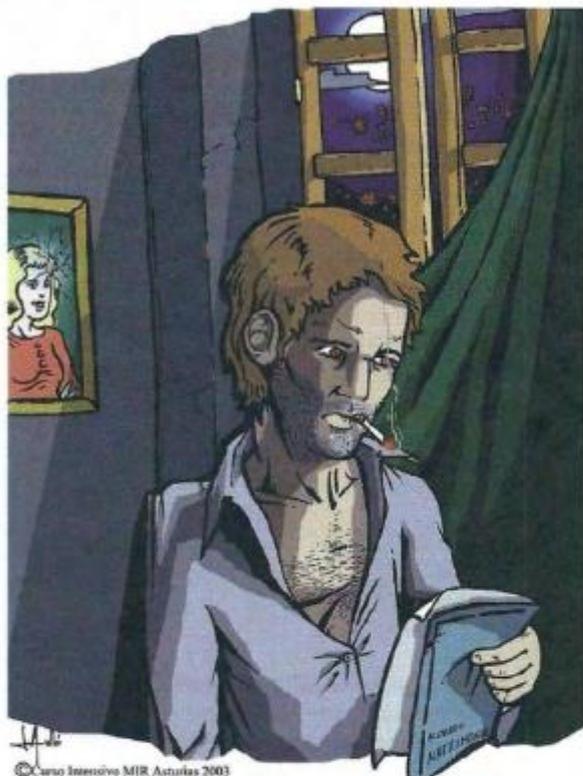
1. Anorexia nerviosa.
2. Trastorno de ansiedad.
3. Trastorno límite de la personalidad.
4. Distimia.
5. Trastorno depresivo mayor.

**MIR 12 (9933):** Muchacha de 19 años estudiante, sin antecedentes personales somáticos ni psiquiátricos relevantes que es llevada a urgencias hospitalarias por su familia por ingesta masiva de pastillas. El intento autolítico no había tenido providencia de rescate, siendo la paciente encontrada por su madre casualmente al volver a su casa antes de lo que tenía previsto. Una vez estabilizada orgánicamente la paciente refería presentar desde unas 4 semanas atrás un cuadro de tristeza, anhedonia, desesperanza, sentimientos de culpa y deseos de muerte, inhibición psicomotriz y enlentecimiento del pensamiento, dificultad de concentración y rendimiento en los estudios, aislamiento social, hipersomnias diurnas y empeoramiento matutino de los síntomas. Así mismo la paciente refería tener la sensación de que sus vecinos la espiaban, hablaban de ella cuando salía y se reían de ella lo que había incrementado su angustia. No sabía el motivo por el que la gente se fijaba en ella pero estaba convencida de que no eran imaginaciones suyas. Señale el diagnóstico:

1. Esquizofrenia.
2. Trastorno de ideas delirantes persistentes.
3. Trastorno depresivo con síntomas psicóticos\*.
4. Trastorno de personalidad esquizoide.
5. Trastorno distímico.

**MIR 13 (10219) (220):** Mujer de 50 años de edad que desde hace 1 mes presenta un ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de memoria, llanto fácil, pérdida de energía, sensación de inutilidad y culpa, pérdida de peso marcada y despertar precoz, así como incapacidad para realizar sus tareas habituales en el hogar. En trámites de separación desde hace 3 meses. Señale el diagnóstico más apropiado:

1. Distimia.
2. Seudodemencia.
3. Trastorno adaptativo depresivo.
4. Episodio de depresión mayor.\*
5. Depresión menor.



Depresión mayor

### 3.4. Factores de riesgo

- Separados /divorciados.
- Historia familiar de alcohol o depresión.
- Pérdidas parentales en la infancia.
- Parto en los 6 meses precedentes.
- Contexto ambiental conflictivo.
- Acontecimientos vitales desfavorables.
- Escasa relación interpersonal.
- Ancianos, mujeres, varones jóvenes.
- Clase social baja.

### 3.5. Etiopatogenia

Tiene diferentes orígenes (multifactorial): susceptibilidad genética, factores biológicos y factores externos.

#### FACTORES BIOLÓGICOS:

- Son básicos en las depresiones endógenas.
- Monoaminas: sobre todo disminución de actividad de NA, 5HT y DA.
- Otros NTs: ACh (los agonistas colinérgicos pueden inducir depresión), GABA (parece haber una disminución), glutamato, glicina.
- Segundos mensajeros y cascadas intracelulares: muchos fármacos actúan sobre ellos.
- Alteraciones hormonales: disminución de la actividad del gen de BDNF, alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (actividad elevada en el 50% de los deprimidos).
- Eje tiroideo: 5-10% tienen disfunción tiroidea con TSH basal elevada o sobrerrespuesta a la administración de TRH. 30% no tiene una respuesta adecuada a TRH.
- Hormona del crecimiento: su secreción está estimulada por DA y NA e inhibida por CRH y somatostatina (la somatostatina está elevada en manía y disminuida en depresión).
- Prolactina: estimulada por 5HT e inhibida por DA.

#### FACTORES GENÉTICOS:

- Linkage genético:
  - CREB1 en Cromosoma 2: asociado a depresión unipolar.
  - Cromosomas 18q y 22q: asociados a trastorno bipolar.
  - Cromosoma 21q: asociado a esquizofrenia y trastorno bipolar.
- **Antecedentes familiares:**
  - Si padre o madre afecto: riesgo 10-25%.
  - Ambos: 20-50%.
  - Concordancia de monocigotos: 70-90%. Por tanto los genes no lo explican todo.
  - Concordancia dicigotos: 16-35%.
  - La presencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar aumenta el riesgo para los trastornos del humor en general, sobre todo para el trastorno bipolar.
  - El trastorno depresivo es la forma de trastorno del humor más frecuente en familias de probandos bipolares.

### 3.6. Laboratorio

#### BIOQUÍMICA:

- **DISMINUCIÓN DE LA NORADRENALINA:**  
El MHPG (3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol) es un metabolito de la noradrenalina que está disminuido en la orina de los depresivos bipolares.  
Datos frecuentes pruebas de hipofunción noradrenérgica: hipersecreción de cortisol, disminución de la respuesta de GH a la hipoglucemia insulínica, disminución de LH en mujeres depresivas posmenopáusicas, disminución de la respuesta de TSH a la estimulación con TRH.
- **DISMINUCIÓN DE LA SEROTONINA:**  
Disminución de ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) en LCR de pacientes depresivos. Ocurre en 30-40% de pacientes con depresión endógena con más conducta suicida.
- **ACTIVIDAD COLINÉRGICA:**  
Descompensación del equilibrio permanente colinérgico-adrenérgico a favor del primero en depresivos y del segundo (predominio adrenérgico) en maníacos.
- **DISFUNCIÓN DOPAMINÉRGICA:**  
Hipofunción dopaminérgica en la depresión e hiperactividad en la manía.

#### ENDOCRINOLOGÍA:

Evidencias de alteración del eje hipotálamo-hipofisario en las depresiones endógenas.

- **Test de supresión con Dexametasona:**
  - En 25-40% de depresivos NO hay frenación del corti-

sol tras administrar 0,5-2 mg de dexametasona: cortisol >5ug/100ml.

- Especificidad de 60%: también alterado en manía, esquizofrenia, demencia, alcoholismo, TOC, crisis de angustia, trastornos de la alimentación, dolor crónico, toma de benzodiazepinas, estrés, embarazo, pérdida de peso y en hasta 20% de mujeres normales.
- Los pacientes con test de supresión patológico tienen con más frecuencia antecedentes familiares afectivos.
- El test no permite predecir la respuesta al tratamiento pero se sabe que cuando persiste alterado la recuperación clínica es incompleta y hay más riesgo de recaídas.
- **Test de estimulación de TSH por TRH:**
- En el 30% de depresivos endógenos unipolares no hay aumento de la TSH tras la estimulación con TRH. Cuando la mejoría clínica no se relaciona con la normalización del test, hay mayor riesgo de recaídas.
- 5-10% tienen niveles de TSH basales elevados o una respuesta de TSH excesiva a TRH. Estos casos se asocian a presencia de anticuerpos antitiroideos y requieren de tratamiento sustitutivo con hormona para una adecuada respuesta al tratamiento.
- Es inespecífico y está alterado en: tratamiento con litio, trastornos endocrinos, renales o hepáticos, alcoholismo, anorexia, dolor crónico o trastorno límite de la personalidad.

NEUROIMAGEN: TAC, RMN, PET

- Aumento de ventrículos.
- *Atrófia cortical, surcos amplios.*
- Disminución de hipocampo o caudado o ambos.
- PET: metabolismo disminuido en cerebro anterior, sobre todo en el izquierdo. En manía, sin embargo, hipofrontalidad de predominio derecho.
- Hiperintensidad anormal en regiones subcorticales: región periventricular, ganglios basales y tálamo.
  - Más frecuente en bipolares tipo I y ancianos.
  - Por efecto deleterio neurodegenerativo de los episodios depresivos recurrentes.

POLISOMNOGRAFÍA:

- Alteraciones de la continuidad del sueño, con reducción del tiempo de sueño total (mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz).
- Mayor Tª corporal.
- Disminución de latencia REM. Cuanto mayor disminución, peor pronóstico en términos de recaídas. Candidatos a farmacoterapia (estos pacientes responden peor a psicoterapia).

MIR 86 (1556): Dentro de los estudios neuroquímicos son hipótesis ampliamente aceptadas la interpretación de la sintomatología depresiva en términos de:

1. Una hipoactividad noradrenérgica cerebral.
2. Hipoactividad serotoninérgica.
3. Relación exclusiva con la carencia de acetil-colina.
4. 1 y 2.\*
5. Aumento de la somatostatina.

### 3.7. Formas especiales de depresión

DEPRESIÓN ENMASCARADA

- Equivalente depresivo.
- La depresión se manifiesta por síntomas somáticos: cefaleas, trastornos gastrointestinales, síntomas neurológicos...
- Estado de ánimo aparentemente normal.
- Muy frecuente.
- Responde bien a fármacos.

DEPRESIÓN ATÍPICA

- Cambios funcionales invertidos respecto a los típicamente endógenos: hiperfagia, hipersomnia, parálisis plúmbea (pesadez intensa en brazos y piernas), marcada sensibilidad al rechazo interpersonal.
- Pueden estar indicados los IMAOS.

DEPRESIÓN REACTIVA

- Neurótica o situacional.
- Rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad.
- Empeoramiento vespertino.
- Menor riesgo de suicidio.
- Más sensible a psicoterapia y peor respuesta a antidepresivos.

TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL

- Episodios depresivos en otoño-invierno con recuperación en primavera-verano.
- Síntomas atípicos: hipersomnia, hiperfagia.
- Apetencia por hidratos de carbono.
- Terapia lumínica es eficaz.

TRASTORNO DEPRESIVO BREVE RECURRENTE

- Síntomas similares a episodio depresivo mayor.
- Duración de 2-13 días.
- 1 episodio al mes durante 12 meses.
- No relación con ciclo menstrual.

DEPRESIÓN INVOLUTIVA

- Cuadro depresivo grave en ancianos. Intensa ansiedad, agitación, ideas de culpa, ruina e hipocondría.
- **Alto riesgo de suicidio.**
- Más frecuente en varones mayores de 50 años (depresión endógena de inicio tardío).
- Base hereditaria.
- Responde a antidepresivos y TEC.

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA

- Clínica similar a la demencia, con grandes trastornos de la atención, concentración, memoria y orientación.
- A diferencia de la demencia, en la pseudodemencia encontramos:
  - Inicio agudo.
  - Progresión rápida de los síntomas.
  - Humor depresivo.
  - Quejas cognoscitivas.
  - No empeoramiento nocturno.
  - Alteración de memoria reciente y pasada.
  - Buena respuesta a antidepresivos.

DEPRESIÓN ANANCÁSTICA

Depresión, habitualmente endógena, de la que emergen ideas obsesivas que remiten al desaparecer el episodio depresivo.

DEPRESIÓN ANACLÍTICA DE SPITZ

Se refiere al síndrome mostrado por los bebés en el primer año de vida si son privados de una figura materna adecuada. En una primera fase hay lloros y forcejeo intenso; posteriormente, si continúa la privación afectiva, el niño cae en fase de desesperanza (el forcejeo disminuye, el llanto es más suave y monótono). Dejan de crecer, no progresan, incluso sufren una regresión física, emocional, social y cognitiva.



© Curso Intensivo MIR Asturias

## REACCIÓN DE DUELO

- Reacción ante la pérdida de una persona querida. Algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor.
- El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida.
- Síntomas de duelo patológico son:
  - Culpa.
  - Pensamientos de muerte distintos del sentimiento del sobreviviente de que sería mejor estar muerto o haber muerto con la persona fallecida.
  - Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
  - Entrecimiento motor acusado.
  - Deterioro funcional acusado y prolongado.
  - Experiencias alucinatorias distintas de escuchar la voz o ver fugazmente al fallecido.

## 3.8. Causas secundarias de depresión

## ENFERMEDADES SOMÁTICAS

## Endocrinopatías y trastornos metabólicos

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Enfermedad de Cushing
- Diabetes
- Hipo e hiperparatiroidismo
- Hipoglucemia
- Amenia
- Sd adiposo-genital

## Infecciones

- Viricas (gripe, hepatitis, neumonía vírica)
- Tuberculosis
- Fiebre tifoidea
- Mononucleosis infecciosa
- Infección por colibacilos
- Infecciones urogenitales
- Encefalitis

## Enfermedades autoinmunes

- Artritis reumatoidea
- Lupus eritematoso

## Cáncer

- Carcinoma de cabeza de páncreas

## Trastornos del SNC

- Enfermedad de Parkinson
- Arteriosclerosis cerebral
- Demencia senil
- Hidrocefalia normotensiva
- Lesiones focales del hemisferio no dominante
- Miastenia
- Hemorragia subaracnoidea
- Esclerosis múltiple
- Afecciones degenerativas

## Intoxicaciones

- Medicamentosa (ver factores tóxicos)
- Plomo
- Benceno
- Mercurio
- Bismuto
- Quinina
- Monóxido de carbono

## Trastornos incapacitantes de cualquier tipo

## FACTORES TÓXICOS

## Fármacos

- Acetazolamida
- Asparaginasa
- Aureomicina
- Azatioprina
- Bleomicina
- Bloqueantes beta
- Carbamacepina
- Cicloserina
- Clonidina
- Clotrimazol
- Contraceptivos orales
- Corticoides
- Difenoxilato
- Digital
- Disulfiram
- Escopolamina
- Estrógenos
- Etionamida
- Etosuximida
- Fenacetina
- Fenilbutazona
- Griseofulvina
- Guanetidina
- Hidralacina
- Indometacina
- L-dopa
- Metildopa
- Metisergida
- Metronidazol
- Mitramicina
- Morfina
- Propranolol
- Primidona
- Procaïnamida
- Progesterona
- Psicodélicos
- Reserpina
- Vincristina
- Vinblastina
- Vitamina D (altas dosis)

## Drogas

- Intoxicación por etanol o sedantes / hipnóticos
- Abstinencia de nicotina, alcohol, sedantes, hipnóticos, cocaína, anfetaminas

### 3.9. Tratamiento

#### PSICOTERAPIA:

- Cognitivo-conductual, psicodinámica.
- Se debe concienciar al paciente del carácter temporal de su trastorno, destacando los logros conseguidos con el tratamiento.
- En estos periodos, se debe evitar la toma de decisiones importantes.
- NO debe sustituir a los fármacos.

#### TERAPIAS BIOLÓGICAS: ANTIDEPRESIVOS:

Elección: ISRS.

Los efectos indeseables de los antidepresivos suelen aparecer antes de la mejoría clínica por lo que si no son muy incapacitantes se continúa el tratamiento.

Ventana terapéutica: 2-6 semanas.

Duración: al menos 6 meses con misma dosis.

Se asocian antipsicóticos en depresiones psicóticas y si existe riesgo de suicidio.

#### TERAPIA ELECTROCONVULSIVA:

La indicación fundamental de la TEC es la depresión delirante con peligro de suicidio.

Otras: fracaso farmacológico, depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas delirantes, situaciones somáticas críticas (desnutrición, deshidratación), reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejan la utilización de fármacos y antecedentes de fracaso farmacológico y buena respuesta a la TEC.

No indicada en depresión neurótica.

#### DEPRESIONES RESISTENTES:

- Aumentar dosis de antidepresivo.
  - Cambio de antidepresivo.
- Asociación de antidepresivos.
- Añadir litio.
- TEC.

Otras: triptófano, 5-hidroxitriptófano, metilfenidato, triyodotiro-nina, terapia lumínica.

**MIR 99 FAMILIA (6105):** Si un paciente es tratado de un cuadro depresivo leve por su médico de Atención Primaria con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a dosis terapéuticas (por ejemplo: 20 mg de fluoxetina) y, a la semana de iniciar el tratamiento, no obtiene la respuesta terapéutica deseada, ¿qué deberá hacer?:

1. Aumentar la dosis.
2. Cambiar de antidepresivo por otro del mismo grupo terapéutico.
3. Cambiar de antidepresivo por otro del grupo de los tricíclicos.
4. Esperar, ya que la respuesta terapéutica tarda aproximadamente 2 semanas.\*
5. Derivarlo al especialista.

**MIR 00 (6870):** El uso de la terapia electroconvulsiva en la depresión endógena puede indicarse como mejor opción que los fármacos en una de las siguientes situaciones. Señálela:

1. Pacientes jóvenes.
2. Pacientes sin apoyo familiar.
3. Depresión delirante.\*
4. Depresiones endógenas unipolares.
5. Depresiones endógenas bipolares.

**MIR 04 (7918):** En relación al tratamiento de la depresión, una de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**?

1. La terapia electroconvulsiva no tiene indicación en las depresiones neuróticas.
2. El litio se utiliza en los cuadros bipolares.
3. Los IMAOS están indicados en depresiones atípicas.
4. Los inhibidores de la recaptación de serotonina son mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos.
5. El tiempo medio de mantenimiento de la medicación anti-depresiva es de 6 semanas.\*

## 4. Distimia

### 4.1. Definición

- Forma crónica y leve de depresión.
- Estado de ánimo crónicamente triste y desanimado (o irritable en niños y adolescentes) que está presente durante la mayor parte del día la mayoría de los días durante al menos 2 años.
- 1 año en niños y adolescentes.
- Durante esos dos años, los intervalos libres de síntomas no han sido más largos de dos meses.

### 4.2. Clínica

- Estado de ánimo crónicamente triste y desanimado.
- Tristes, pesimistas, cansados, apáticos, irritables, con falta de ilusión, incapaces de divertirse, pasivos, introvertidos, escépticos hipercríticos, quejosos. Disminución del rendimiento.
- Empeoramiento vespertino.
- Estos síntomas producen deterioro socio-laboral y disminución del rendimiento.
- Menor riesgo de suicidio.
- Mayor riesgo de depresión que población general.
- El cuadro clínico acaba haciéndose similar a la ansiedad generalizada, con la que no es fácil el diagnóstico diferencial.

No hay manifestaciones psicóticas.

- Presencia de  $\geq 2$ :  
Pérdida o aumento del apetito.  
Insomnio o hipersomnia.  
Falta de energía o fatiga.  
Baja autoestima.  
Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.  
Sentimientos de desesperanza.

### 4.3. Tratamiento

- Psicoterapia. Fármacos: ISRS de elección.



## 5. Depresión doble

- Se superponen episodios depresivos mayores sobre un trastorno distímico.
- Las personas distímicas que tienen episodios de depresión mayor se recuperan a la distimia, no a la normalidad (eutimia).
- Los pacientes que presentan trastorno distímico previo a la depresión mayor, tienen más posibilidades de presentar otros episodios depresivos mayores y tienen peor recuperación interepisódica.
- Pueden necesitar tratamiento más intenso en la fase aguda y mayor duración del tratamiento.



## 6. Diferencia depresión endógena / distimia

	DEPRESIÓN ENDÓGENA	DISTIMIA
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio brusco</li> <li>• Curso fásico</li> <li>• Tristeza vital</li> <li>• El humor mejora por la tarde</li> <li>• Despertar precoz</li> <li>• Inhibición-agitación psicomotora</li> <li>• Posibles síntomas psicóticos</li> <li>• Riesgo de suicidio</li> <li>• Falta de contacto</li> <li>• Ruptura biográfica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio variable</li> <li>• Curso continuo con fluctuaciones</li> <li>• Tristeza-ansiedad</li> <li>• Empeoramiento vespertino</li> <li>• Insomnio inicial con pesadillas</li> <li>• Sin alteraciones psicomotoras importantes</li> <li>• Sin síntomas psicóticos</li> <li>• Suicidio excepcional</li> <li>• Búsqueda de contactos</li> <li>• Continuidad biográfica</li> </ul>
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta a antidepresivos</li> <li>• TEC efectiva</li> <li>• Psicoterapia menos operante</li> <li>• Posible hipomanía farmacógena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinado: fármacos + psicoterapia</li> <li>• No TEC</li> <li>• Psicoterapia indicada</li> <li>• Sin hipomanía farmacógena</li> </ul>

MIR 00 (6725) ¿Cuál de estos síntomas es más específico de la depresión mayor? :

1. Mejoría vespertina.\*
2. Ansiedad.
3. Palpitaciones.
4. Anorexia.
5. Alivio tras el llanto.

MIR 04 (7919) Hablamos de "depresión doble" cuando:

1. El paciente presenta un trastorno orgánico severo asociado a su depresión.
2. Existe una comorbilidad del cuadro depresivo con un trastorno por dependencia a sustancias tóxicas.
3. Se sobrepone episodios depresivos mayores sobre un trastorno distímico.\*
4. Existe un riesgo de viraje a fase maníaca ya que en realidad se trata de un trastorno afectivo bipolar.
5. La depresión incide sobre un paciente esquizofrénico tras la remisión de los síntomas psicóticos propios de la fase aguda de su enfermedad.

MIR 05 (8181): Una adolescente de 16 años acude a la consulta contando que lleva cerca de un año sintiéndose más cansada, con poco apetito y dificultades para concentrarse en los estudios. Cuando se le pregunta, comenta también que sale menos con las amigas y se muestra pesimista respecto de su futuro. El diagnóstico más probable sería:

1. Anorexia.
2. Distimia.\*
3. Depresión mayor.
4. Trastorno de ansiedad.
5. Agorafobia.

MIR 06 (8435): ¿Cuál puede encuadrarse como un trastorno distímico?:

1. Un cuadro crónico de la hipocondría.
2. La persistencia de una depresión mayor a lo largo de más de un año.
3. Un trastorno bipolar tipo II atípico.
4. Un humor crónicamente deprimido (o irritable en niños y adolescentes).\*
5. Un síndrome de fatiga crónica, asociado a fibromialgia.

## 7. Trastornos depresivos puerperales

MATERNITY BLUES:

- Adaptativo.
- Tristeza de la maternidad: trastorno que aparece entre el día 3 y 10 del puerperio.
- Prevalencia: hasta 50-80% de las mujeres.
- Síntomas afectivos: llanto, irritabilidad, cambios de humor.
- Se resuelve espontáneamente o precisa solo apoyo psi-

DEPRESIÓN PUERPERAL:

- Episodio depresivo mayor que aparece entre 2-4 semanas después del parto, evolucionando en meses.
- Prevalencia: 10-15% de las primíparas.
- Recurrencia del 50%, puede estar en asociación a trastorno bipolar.
- Predominio de síntomas somáticos y atípicos.
- Tratamiento: antidepresivos.

## 8. Episodio maniaco

Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado eufórico, expansivo, o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido  $\geq 3$  de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable):

- Autoestima exagerada o grandiosidad.
- Disminución de la necesidad de dormir. Es uno de los primeros síntomas de inicio del episodio.
- Más hablador de lo habitual: verborreico.
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- Distraibilidad: atención se desvía demasiado fácilmente a estímulos externos banales o irrelevantes.
- Aumento de la actividad intencionada en el trabajo, los estudios o sexualmente, o agitación psicomotora.
- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves: compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas.
- Los síntomas no cumplen criterios de un episodio mixto.
- Produce un deterioro socio-laboral o de las relaciones interpersonales o necesita hospitalización o hay síntomas psicóticos.
- Los síntomas no son debidos a la toma de sustancias o a alguna enfermedad médica.
- Pérdida de inhibiciones sociales normales que da lugar a comportamientos inadecuados para las circunstancias y para el carácter del individuo.
- Pueden aparecer ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas).

### 8.1. Síntomas asociados al episodio maniaco

- Nula o escasa conciencia de enfermedad.
- Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, cambian su aspecto personal a otro más llamativo, realizan actividades "raras": regalan dinero, juegan excesivamente, drogas, alcohol...
- Puede haber agresividad.



## 8.2. Evolución

- La edad media de inicio son los primeros años de la tercera década de la vida.
- Los episodios maníacos comienzan de forma brusca con un aumento rápido de los síntomas en pocos días y frecuentemente después de un estrés psicosocial.
- La disminución de la necesidad de dormir suele ser el primer síntoma en las recaídas.
- Los episodios duran de varias semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores.

MIR 00 (6867): Acude a su consulta una mujer de 35 años acompañada de su marido. Ella dice encontrarse muy bien, mejor que nunca, pudiendo hacer más cosas, incluso se siente capaz de comprender cuestiones muy complicadas. El marido dice que ella lleva una semana durmiendo poco y que no para, se levanta temprano, sale a la calle, vuelve, se cambia, vuelve a salir, habla sin parar con cualquier persona que se encuentra y no controla lo que gasta. Nunca le había ocurrido algo parecido y ella no acepta tener ningún problema. El diagnóstico sería:

1. Episodio maniaco.\*
2. Trastorno bipolar.
3. Trastorno psicótico leve.
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Trastorno de identidad disociativo.

MIR 03 (7658): De entre los siguientes síntomas, señale cuál sería más IMPROBABLE encontrar en un episodio maniaco:

1. Aumento de las necesidades del sueño.\*
2. Distrabilidad.
3. Verborrea.
4. Grandiosidad.
5. Ánimo irritable.

MIR 06 (8434): La distraibilidad acusada suele darse en:

1. Esquizofrenias paranoides.
2. Hipocondríacos.
3. Alucinosis alcohólica.
4. Manías.\*
5. Depresiones ansiosas.

## 9. Episodio hipomaniaco

- Un episodio hipomaniaco es un periodo de tiempo en el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y es claramente distinto del estado a ánimo habitual.
- Durante este periodo hay tres o más de los síntomas estudiados en la definición de episodio maniaco.
- El episodio NO es lo suficientemente grave para provocar deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización.
- NO hay síntomas psicóticos.
- Entre un 5-15% de los pacientes con episodio hipomaniaco acabarán presentando un episodio maníaco.

	MANÍA	HIPOMANÍA
Ánimo elevado, expansivo o irritable	1 semana	4 días
Deterioro sociolaboral importante ó hospitalización ó síntomas psicóticos	SI	NO

## 10. Episodio mixto

- Periodo de al menos una semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor.
- Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida.

- Son más frecuentes en jóvenes y en mayores de 60 años con trastorno bipolar.
- Más frecuente en hombres.
- Los episodios maníacos de las mujeres suelen ser de características mixtas.
- Duración de semanas a meses y pueden remitir hasta un periodo con pocos o ningún síntoma o evolucionar a un episodio depresivo mayor. Es menos frecuente que un episodio mixto evolucione a un episodio maníaco.

## 11. Trastorno bipolar

- TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.
- Antes: PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA.
- Crónico.
- Puede haber trastornos comórbidos: sobre todo trastorno de personalidad.
- CURSO FÁSICO con recaídas de diverso signo:
  - Manía (TAB tipo I) o hipomanía (TAB II).
  - Depresión.
  - Estados mixtos.
  - Periodos asintomáticos.
- Misma prevalencia en hombres y mujeres, pero:
  - Hombres: más episodios maníacos.
  - Mujeres: más episodios depresivos.



Episodio MIR Asturias

### 11.1. Etiopatogenia

- FACTORES BIOLÓGICOS
- FACTORES GENÉTICOS: Un 25 - 40% de familiares de pacientes bipolares presentaban trastornos afectivos uni o bipolares.
- Factores psicosociales: Los acontecimientos vitales estresantes influyen desencadenando el primer episodio y primeras recaídas en sujetos predispuestos. Posteriormente las recaídas se independizan de las situaciones de estrés.
- Factores estacionales: existe un aumento de los ingresos por depresión en otoño e invierno. Las fases maníacas se concentran en primavera y verano.

MIR 10 (9436): ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta para el trastorno bipolar?:

1. Se presenta con la sucesión de fases depresivas/maníacas, aunque pueden presentarse intervalos de normalidad.
2. La TEC (terapia electroconvulsiva) es indicación terapéutica en el trastorno bipolar en casos de manía grave o resistente al tratamiento.
3. La herencia admitida en el trastorno bipolar es de tipo autosómico dominante con penetrancia incompleta.\*
4. El tratamiento del trastorno bipolar con carbonato de litio está indicado tanto en fase maníaca como para una terapéutica profiláctica.
5. La presencia de delirios excluye el diagnóstico de trastorno bipolar.\*

ANULADA



## 11.2. Formas clínicas

- **Bipolar tipo I:**  $\geq 1$  episodio maníaco o mixto. Con o sin episodios depresivos. Igual frecuencia hombres y mujeres.
- **Bipolar tipo II:**  $\geq 1$  episodio depresivo mayor y al menos un episodio de hipomanía. Si hay un episodio maníaco o mixto no se puede hacer el diagnóstico de bipolar II. Más frecuente en mujeres.
- **Trastorno bipolar no especificado:** Se incluyen trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:
  - Episodios hipomaniacos recidivantes sin síntomas depresivos.
  - Un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.
  - Situaciones en las que el médico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.
- **Trastorno ciclotímico:** presencia durante al menos 2 años de numerosos periodos hipomanía y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor (en niños y adolescentes la duración debe ser al menos 1 año). La persona no ha dejado de presentar síntomas por un tiempo superior a dos meses. Los síntomas producen un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

## 11.3. Formas especiales

- **Cicladores rápidos:**  $\geq 4$  episodios afectivos al año. 10% de los bipolares. 80% mujeres. Predisponentes: hipotiroidismo subclínico, tricíclicos, esteroides. Peor pronóstico (responden peor al tratamiento).
- **Trastorno bipolar con variante estacional:** relacionado con los ciclos fotoperiódicos de la melatonina. Se usa como tratamiento estimulación luminosa intensa. Más en mujeres.

## 11.5. Depresión bipolar Vs depresión unipolar

- Las depresiones bipolares son más frecuentemente inhibidas y se acompañan de hipersomnia y aumento de peso (síntomas atípicos). Al to riesgo suicida.
- Entre 1/3 y 1/5 de los casos que comienzan como depresión mayor evolucionará a trastorno bipolar.

Factores para predecir que una depresión mayor evolucionará a trastorno bipolar (90% de fiabilidad):

- Inicio antes de los 25 años.
- Historia familiar de trastorno bipolar.
- Árbol genealógico con elevado número de enfermos afectivos.
- Depresión postparto.
- Hipersomnia y retardo psicomotor.
- Inducción de hipomanía farmacológica con antidepresivos.

	DEPRESIÓN BIPOLAR	DEPRESIÓN UNIPOLAR
Edad de inicio	25-35	25-55
Sexo	Distribución similar	Predominio femenino
Personalidad premórbida	Cicloide	Melancólica
Nivel cultural	Más alto	Menor
Morbilidad familiar para Trastornos afectivos	Alta	Más baja
Trastorno bipolar	Aumentada	No aumentada
Trastorno unipolar	Alta	Alta
Clínica		
Psicomotricidad	Inhibición	Agitación, ansiedad
Riesgo de suicidio	Más elevado	Menor
Mortalidad	Más elevada	Menor
Duración de episodios	3-6 meses	6-9 meses
Recidivas	Cada 2 años	Cada 5 años
Hipersomnia	Más elevada	Menor
Profilaxis	Sales de Litio	Antidepresivos

## 11.4. Causas orgánicas de manía

Estos cuadros se consideran episodios maniacos secundarios y no deben llevar al diagnóstico de trastorno bipolar.

Farmacológicas	Corticoides, levodopa, cocaína, anfetaminas, metilfenidato, antidepresivos
Infeciosas	Sífilis terciaria, gripe, encefalitis de San Louis, SIDA, fiebre tifoidea, legionella
Endocrinológicas	Hipertiroidismo, Addison, enfermedad de Cushing
Autoinmunes	LES, corea reumática
Neurológicas	EM, Huntington, Parkinson, traumatismo craneal, crisis parciales complejas (lóbulo temporal), tumor diencefálico, ACV

MIR 08 (8959): Alberto acompaña a su padre, de 55 años, a la consulta del psiquiatra. El padre no vela necesaria la consulta porque dice sentirse estupendamente. Sin embargo el hijo cuenta que le ve cambiado desde hace algún tiempo. Todas las tardes se va a un bingo, algo que antes rechazaba, gasta en él más de la cuenta y cuando llega a casa, ya bastante tarde, da vueltas por la casa sin centrarse en nada y no hay manera de que se vaya a dormir. Habla de las personas que ha conocido en el bingo e incluso cuenta que hay una mujer con la que está pensando casarse. Ha hecho un amigo con el que piensa emprender un negocio seguro y no tolera que le contradigan. Al psiquiatra le cuenta que en su vida se ha encontrado mejor y que en todo caso será su hijo, que siempre está preocupado, quien necesite tratamiento. El hijo dice que nunca antes había visto a su padre de esta manera. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Trastorno esquizotípico.
2. Episodio hipomaniaco.\*
3. Distimia.
4. Trastorno límite de la personalidad.
5. Trastorno psicótico breve.

MIR 09 (9294): (235) Señalar cual de los siguientes trastornos comórbidos es más frecuente en el trastorno bipolar:

1. Trastornos somatomórfos.
2. Trastornos de la personalidad.\*
3. Esquizofrenia.
4. Estados confusionales.
5. Trastorno obsesivo-compulsivo.



**MIR 94 (3787):** ¿Cuál puede ser el cuadro psicopatológico aquejado por una paciente afecta de lupus sistémico en tratamiento con corticoides que presenta repentinamente una euforia desconocida en ella frecuentando discotecas y vistiendo de manera extravagante mostrándose ofensiva y a la vez seductora con el personal masculino de la clínica que la atiende?

1. Fuga psicógena.
2. Estado crepuscular.
3. Trastorno del estado de ánimo por esteroides.\*
4. Psicosis por lupus sistémico.
5. Trastorno bipolar por lupus sistémico.

## 11.6. Tratamiento

### EPISODIO DEPRESIVO:

No se recomienda la monoterapia con antidepresivos, ya que el uso de antidepresivos supone un riesgo de viraje a la fase maníaca. El uso concomitante de eutimizantes o antipsicóticos hace menos probable el viraje a manía.

- Episodio leve o moderado: Litio.
- Episodio grave: Antidepresivos (ISRS) + Litio / Valproato / Antipsicótico Atípico.
- Lamotrigina, como eutimizante, si existen antecedentes de depresiones.

### EPISODIO MANIACO:

En casos de episodios maníacos está contraindicada la terapia con antidepresivos, ya que empeoran los síntomas maníacos.

Ingreso necesario en el 75% de los casos.

- Episodio leve o moderado: Litio / Valproato / Antipsicóticos Atípicos
- Episodio grave: Antipsicóticos Atípicos + Litio / Valproato.
- TEC.

**MIR 13 (10220):** Hombre de 43 años fumador de 20 cigarrillos al día, que acude a su consulta llevado por un familiar, debido a que lleva 10 días durmiendo poco, menos de 3 horas al día sin referir cansancio por ello. Añade que ha empezado a gastar grandes cantidades de dinero, comprometiendo las finanzas familiares. Se encuentra verborreico, con aceleración del pensamiento y con apariencia megalomaniaca. Como antecedentes personales no hay enfermedades de interés salvo un episodio depresivo hace 5 años. No cree que le pase nada, pero ha aceptado acudir a la consulta con la intención de buscar ayuda para dejar de fumar. No hay consumo de otros tóxicos y la analítica y exploración neurológica no aportan datos anormales. En este paciente teniendo en cuenta su diagnóstico más probable, qué tratamiento sería el MENOS indicado:

1. Bupropion.\*
2. Ácido valproico.
3. Carbonato de litio.
4. Risperidona.
5. Olanzapina.

### Antipsicóticos atípicos

- Se consideran la terapia de elección en los episodios maníacos graves porque controlan la agitación del paciente.
- Los antipsicóticos atípicos tienen menor tendencia a inducir sintomatología depresiva que los típicos.

### Litio

- Particularmente indicado en trastornos bipolares.
- Tarda más en actuar que los antipsicóticos, pero su acción es más específica sobre el trastorno afectivo.
- Más eficaz para controlar el humor y la ideación autolítica.

### Terapia electroconvulsiva

- Es quizás el tratamiento más eficaz para la manía pero se usa poco. Se prescriben habitualmente tres sesiones semanales, y la eficacia suele notarse a partir de la 6ª sesión.
- Es de primera elección en: delirium maníaco, manía catatónica y en embarazadas.

### HIPOMANIA:

- Tratamiento de elección: Litio.

- En bipolares I puede ser el preludio de una fase maníaca grave por lo que puede estar indicada la adicción de antipsicótico atípico.

### EPISODIOS MIXTOS:

Los antidepresivos deben evitarse.

- Tratamiento de elección: atípicos, carbamacepina o valproato.
- El litio es menos eficaz que en pacientes maníacos.
- Por su elevado riesgo autolítico los estados mixtos deben ser tratados en instituciones hospitalarias.

### CICLADORES RÁPIDOS:

- El tratamiento de elección en ciclación rápida es: Litio / Valproato / Lamotrigina.
- En algunos casos puede ser necesaria la combinación de tratamientos de primera línea entre sí o con un antipsicótico atípico.
- Retirada gradual de antidepresivos (si los estaba tomando).

## 11.7. Profilaxis

**Litio: el fármaco de elección en la profilaxis.**

Es el más específico. Se deben controlar los niveles plasmáticos: 0,5-1,2 mEq/l.

Se debe mantener entre 3-5 años.

### Contraindicaciones:

- Enfermedad cardíaca.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad tiroidea.
- Embarazo: debe planificarse tras un largo periodo de remisión de la enfermedad. Riesgo de recaída en las primeras semanas de puerperio y debe realizarse tratamiento preventivo desde las primeras horas tras el parto usando un eutimizante y evitando la lactancia.

Si fracaso de monoterapia con Litio:

Si manía: valproato, antipsicótico atípico.

Si depresión: lamotrigina.

**MIR 94 (3783):** Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre el Litio y su utilización en el tratamiento farmacológico de la fase maníaca de la enfermedad maníaco-depresiva, NO es cierta?

1. Tiene un mayor grado de especificidad que los neurolepticos.
2. Tiene un fácil control mediante los niveles en plasma.
3. Tiene un inicio de acción más rápido que los neurolepticos.\*
4. Los niveles inferiores a 0,4 mEq./l. habitualmente no se han asociado a respuesta terapéutica.
5. Los niveles superiores a 1,5 mEq./l. habitualmente se han asociado a efectos secundarios.

**MIR 95 FAMILIA (4104):** Los márgenes de litemia que se aconsejan con carácter general en la profilaxis del trastorno afectivo bipolar son:

1. 0,5- 0,8 mEq/L.
2. 0,5- 1 mEq/L.
3. 0,5- 1,2 mEq/L.\*
4. 0,5- 1,7 mEq/L.
5. 0,5- 1,6 mEq/L.

**MIR 95 (4364):** El acceso maníaco grave puede tener por terapia fundamental:

1. Haloperidol.\*
2. Relajación con biofeedback.
3. Litio.
4. Ansiolíticos.
5. Psicoterapia cognitivo-conductual.

**MIR 95 (4369):** Las sales de litio están particularmente indicadas en el tratamiento de:

1. La esquizofrenia paranoide.
2. La esquizofrenia catatónica.
3. El alcoholismo crónico.
4. La psicosis maníaco-depresiva o trastorno bipolar.\*
5. La neurosis obsesivo-compulsiva.



MIR 96 (4773): Uno de los medicamentos siguientes **NO** se considera útil para prevenir ulteriores episodios en los trastornos afectivos de carácter bipolar:

1. El Clonacepam.
2. El carbonato de litio.
3. El ácido Valproico.
4. La Levomepromacina.\*
5. La Carbamacepina.

MIR 96 (4775): ¿Qué medicamento elegiría en primer lugar para prevenir nuevos episodios maníacos en un paciente diagnosticado de trastorno maniaco-depresivo y sin otros trastornos somáticos acompañantes?

1. Carbamacepina.
2. Propanolol.
3. Carbonato de Litio.\*
4. Diacepam.
5. Clonidina.

MIR 98 FAMILIA (5587): En el tratamiento de un episodio maníaco, ¿Cuál de los fármacos siguientes está **CONTRAINDICADO**?

1. Fluoxetina.\*
2. Levomepromacina.
3. Haloperidol.
4. Carbamacepina.
5. Carbonato de litio.

MIR 99 FAMILIA (6107): ¿Cuál de los siguientes fármacos se considera como terapéutica de elección para los trastornos bipolares, especialmente en el caso de los "cicladores rápidos"?

1. Olanzapina.
2. Sertralina.
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
4. Carbamacepina.\*
5. Diacepam.

MIR 01 (7134) Respecto del tratamiento del trastorno afectivo bipolar es **FALSO** que:

1. El uso de fármacos antipsicóticos en las fases maníacas conlleva el riesgo de inducir un viraje a la fase depresiva.
2. El uso de fármacos antidepressivos en la fase depresiva conlleva el riesgo de inducir un viraje a la fase maníaca.
3. En el tratamiento de mantenimiento de los pacientes bipolares se recomienda el uso de uno o más fármacos eutimizantes.
4. Los fármacos anticomociales no deben utilizarse en estos pacientes por el riesgo de que desarrollen una discinesia tardía.\*
5. En los casos de manía disfórica (manía mixta) o de ciclación rápida la respuesta a las sales de litio parece ser inferior a lo normal.

MIR 04 (7915) ¿Cuál de los siguientes aspectos **NO** es característico del tratamiento con sales de litio?

1. Precisa para su control de determinaciones de litemia.
2. Es eficaz en el tratamiento del episodio maníaco.
3. Eleva los niveles de uricemia.\*
4. Es eficaz en la profilaxis del trastorno bipolar.
5. Puede aparecer, a largo plazo, toxicidad tiroidea.

MIR 07 (8699): Señalar cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA** en relación a los efectos adversos de las sales de litio en el tratamiento del trastorno bipolar:

1. El litio puede ocasionar alteraciones de la función renal.
2. El litio puede causar alteraciones de la electrofisiología cardíaca.
3. El litio puede provocar exacerbación de la psoriasis.
4. El litio puede provocar insuficiencia respiratoria.\*
5. El litio puede producir hipotiroidismo.

## 12. Suicidio

### 12.1. Epidemiología

8 por 100.000 habitantes/año en España.

- **Sexo:**

Suicidios consumados: 3 veces más frecuentes en varones.

Intentos de suicidio: 2-4 veces más frecuentes en mujeres.

- **Edad:**

- Suicidios consumados: la incidencia aumenta progresivamente con la edad, haciéndolo bruscamente **a partir de los 55-60 años** (especialmente en varones).

- 70% de suicidios en mayores de 40 años.

- Intentos de suicidio: **más frecuentes en gente joven.**

### 12.2. Factores causales

TRASTORNOS MENTALES:

Casi el 95% de los pacientes que se suicidan tienen un trastorno mental diagnosticado:

- Trastornos afectivos 60%. Sobre todo depresión psicótica.
- Consumo de alcohol 30% y otras sustancias.
- Esquizofrenia 10% .
  - o Gran riesgo en los meses posteriores al alta hospitalaria: depresión postesquizofrénica.
- Síndromes orgánicos cerebrales 5%.
- Trastornos de personalidad, sobre todo el límite.

Riesgo de suicidio en pacientes depresivos:

**Bipolar > unipolar > distimia.**

### 12.3. Predicción

INTENTOS	SUICIDIO CONSUMADO
Mujeres < 35a	Varones > 60 años
Trastornos de la personalidad (límite)	Depresión, alcoholismo, esquizofrenia
Baja letalidad, en público, descubrible	Alta letalidad (armas de fuego, horca) En privado, aislado

### 12.4. Factores de riesgo

- Sexo: **varón mayor de 55 años.**
- Estado civil: separación reciente, divorciado o viudo.
- Otros factores sociodemográficos: raza blanca, religión (ateos > budistas > cristianos > hindúes > musulmanes), ambos extremos sociales, profesionales (médicos, militares).
- Trastorno mental: trastornos afectivos (depresión), consumo de alcohol y/o otras sustancias, esquizofrenia.
- Ideación de suicidio frecuente y prolongada.
- Advertencias previas de que va a suicidarse, hacer testamento.
- Intento previo de suicidio, sobre todo, con métodos de alta letalidad: la más importante.
- Aislamiento social, con malas relaciones personales con familiares y amigos. Vida afectiva o de relación pobre.
- Sentimiento de culpa, desesperanza.
- Agitación motora importante, ansiedad.
- Historia familiar de suicidio (factores genéticos).
- Desempleo o dificultades económicas especialmente si hay caída del status.
- Problemas maritales.
- Estrés o acontecimientos vitales.
- Agresividad, irritabilidad.
- Bajos niveles de 5-HIAA (metabolito de serotonina).
- Enfermedad física crónica y / o discapacitante.



## 12.5. Tratamiento

- Ante un paciente con ideas suicidas se deben administrar antipsicóticos sedantes.
- En pacientes con potencial riesgo suicida está indicada la hospitalización. Especialmente pacientes con depresión mayor e ideación autolítica acusada.
- En el caso de los intentos de suicidio se debe retener al paciente en el hospital entre 24-48 horas para que la angustia, la tensión y la situación que han provocado el intento disminuyan. Posteriormente se tratará la enfermedad psiquiátrica que provocó la situación y tratará de contarse con la colaboración de la familia (vigilancia disimulada). También se tratarán la ansiedad con benzodicepinas o antipsicóticos sedantes.

MIR 82 (506): Las tentativas de suicidio son más frecuentes en:

1. Niños.
2. Adultos.
3. Jóvenes y adolescentes.\*
4. Viejos.
5. En la involución.

MIR 88 (2164): Un paciente con importantes ideas de suicidio debe ser tratado por su médico con:

1. Neurólépticos sedantes.\*
2. Benzodicepinas.
3. Antidepresivos, exclusivamente.
4. Psicoterapia de apoyo.
5. Barbitúricos.

MIR 89 (2383): ¿Qué tratamiento farmacológico de primera elección se debe utilizar en un paciente con contumaces ideas de suicidio?:

1. Benzodicepinas.
2. Antidepresivos tricíclicos.
3. Sulpiride.
4. Neurólépticos sedantes.\*
5. Antidepresivos IMAOs.

MIR 93 (3525): ¿Cuál de estos 5 pacientes presenta mayor riesgo para efectuar un acto suicida?:

1. Varón de 35 años, soltero, vive con sus padres.
2. Mujer de 55 años, casada, internada en centro psiquiátrico.
3. Varón de 30 años, soltero, alcohólico conducta violenta reciente.
4. Varón de 55 años, alcohólico, viudo, vive sólo.\*
5. Mujer de 70 años, viuda, vive con hija.

MIR 93 (3579): Un paciente alcohólico crónico de 46 años que vive sólo, fue diagnosticado hace 2 años de depresión severa. Actualmente consume unos 180g de alcohol puro al día y ha presentado una recaída de su enfermedad depresiva. ¿Cuál es la actitud más adecuada en este paciente?:

1. Debe valorarse seriamente el riesgo de suicidio de este paciente. El alcoholismo, la depresión y el vivir sólo son factores de riesgo.\*
2. Debe iniciarse urgentemente un tratamiento con disulfiram.
3. Un tratamiento con antidepresivos tricíclicos durante tres semanas y valorar la situación al cabo este tiempo es la actitud más correcta.
4. El ingreso hospitalario no está indicado, pues el paciente probablemente se negará a él.
5. La asociación de antidepresivos tricíclicos con benzodicepinas puede ser útil. Por una parte tratamos la depresión y por otra mitigamos los síntomas de privación alcohólica.

MIR 95 (4367): La prevalencia de suicidio consumado en el mundo industrializado es mayor entre:

1. Las mujeres jóvenes.
2. Los hombres ancianos.\*
3. Los hombres jóvenes.
4. Las mujeres ancianas.
5. Los hombres y las mujeres de edad intermedia

MIR 96 (4769): ¿Cuál de los siguientes trastornos afectivos conlleva un mayor riesgo de suicida?:

1. El trastorno distímico.
2. El duelo no complicado.
3. Los trastornos esquizoafectivos.
4. La depresión psicótica.\*
5. La hipomanía.

MIR 96 FAMILIA (4543): De los siguientes pacientes con ideación suicida, ¿quién piensa que tiene más riesgo objetivo de tener una conducta suicida letal?:

1. Varón de 50 años que acude a urgencias acompañado de su esposa por trastorno de pánico.
2. Mujer de 18 años con reacción depresiva breve tras ruptura afectiva.
3. Varón de 70 años viudo desde hace 2 meses, con reacción de duelo.\*
4. Mujer de 35 años con distimia y tratamiento antidepresivo desde hace 3 meses.
5. Varón de 25 años drogodependiente.

MIR 98 (5840): Señale cuál de estas proposiciones es **FALSA** respecto a la conducta suicida:

1. El número de intentos de suicidio es mayor en los hombres que en las mujeres, mientras que los suicidios consumados se dan más en las mujeres.\*
2. El riesgo de suicidio puede surgir en cualquier categoría de diagnóstico psiquiátrico.
3. El riesgo de suicidio aumenta con la edad.
4. Las tentativas "chantajistas" de suicidio son menos graves pero no exentas de riesgo.
5. Aumenta el riesgo cuando existen antecedentes familiares de suicidio.

MIR 99 FAMILIA (6112): Se considera que hay gran riesgo de repetición de conducta suicida, cuando se dan todas estas circunstancias **EXCEPTO** una señálela:

1. Ideación suicida frecuente y prolongada.
2. Uso de método de alta letalidad.
3. Viudedad o separación conyugal.
4. Vida afectiva y de relación pobre.
5. Edad inferior a 25 años.\*

MIR 00 FAMILIA (6627): ¿Cuál de los siguientes problemas psiquiátricos ve aumentada su frecuencia con la edad?:

1. Depresión.
2. Trastornos psicóticos.
3. Trastornos fóbicos.
4. Suicidio.\*
5. Trastorno de ansiedad generalizada.

MIR 05 (8178): ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al suicidio es **INCORRECTA**?:

1. El riesgo de suicidio es mayor en los familiares de pacientes depresivos que en familiares de pacientes con manía o esquizofrenia.
2. Las tasas de suicidio son más altas en las zonas urbanas que en las rurales.
3. Un período de menor riesgo al suicidio en pacientes esquizofrénicos son los meses siguientes al alta hospitalaria.
4. En los ancianos, los intentos de suicidio son menos frecuentes, pero el éxito es mayor.
5. Los varones deprimidos son más proclives al suicidio que las mujeres.

ANULADA

MIR 06 (8438): ¿Cuál de los siguientes factores **NO** se asocia a un incremento del riesgo de muerte por suicidio?:

1. No ser creyente.
2. Ser militar.
3. Haber sido diagnosticado de depresión.
4. Ser mujer.\*
5. Ser médico



MIR 07 (8697): ¿Cuál de los siguientes enunciados respecto a la depresión mayor o episodio depresivo mayor es INCORRECTO?

1. A lo largo de la vida, aproximadamente un 15% de la población sufre un episodio depresivo mayor.
2. Cerca de un 8% de los pacientes que atiende un médico de Atención Primaria podría recibir un diagnóstico de depresión mayor.
3. Hasta un 15% de los casos de depresión mayor son secundarios a una enfermedad médica somática o al abuso de sustancias.
4. Cuando se sospecha que un paciente sufre un episodio depresivo mayor, debe evitarse hacer preguntas directas al paciente sobre ideas o proyectos suicidas, porque tal pregunta aumenta el riesgo de suicidio un 35%.\*
5. Cerca del 15% de los pacientes con depresión mayor que no reciben tratamiento se suicidan.

MIR 10 (9437): Señale cuál de las siguientes aseveraciones es CORRECTA en relación con el suicidio en la esquizofrenia:

1. El porcentaje de personas con esquizofrenia que fallece por suicidio alcanza el 5%.\*
2. La presencia de deterioro cognoscitivo se asocia con un menor riesgo de suicidio.\*
3. El riesgo de suicidio es mayor en las personas de edad media con varios años de evolución de la enfermedad.
4. El riesgo de suicidio es mayor en mujeres.
5. El riesgo de suicidio es mayor en las personas procedentes de un estatus socio-económico bajo.

ANULADA

MIR 12 (9936): Lo más probable es que las preguntas específicas directas acerca del suicidio planteadas al comienzo de una entrevista con un paciente deprimido:

1. Alarmen al paciente.
2. Refuercen una ganancia secundaria.
3. Aumenten la resistencia al cambio terapéutico.
4. Sean más eficaces si se realizan de manera prudente e indirecta.
5. Carezcan de influencia en la probabilidad de un intento de suicidio\*.



# RESUMEN DE TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

- Trastorno depresivo: alteración del estado de ánimo en sentido de tristeza.
- Manía: exaltación del estado ánimo.
- Trastorno bipolar: combinación de ambos tipos en el mismo paciente.

## 1. EPIDEMIOLOGÍA

- La depresión y la distimia son más frecuentes en mujeres (aproximadamente x2).
- El trastorno bipolar tiene la misma incidencia en varones que en mujeres.
- Edad media de inicio: trastorno bipolar sobre los 30 años, trastorno depresivo sobre los 40 años.

## 2. SÍNTOMAS AFECTIVOS

- **Anhedonia:** Incapacidad para experimentar placer: propia de las depresiones (MIR).
- **Disforia:** sensación de malestar general, especialmente estado de ánimo depresivo con ansiedad e inquietud.
- **Alexitimia:** incapacidad para expresar los afectos a través de las palabras.

## 3. Trastornos depresivos

- **Episodio depresivo:** el primer episodio de un paciente.
- **Trastorno depresivo recurrente:** al menos otro episodio depresivo previo. No antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Intervalo libre de síntomas entre un episodio y otro de al menos 6 meses.
- **Distimia (trastorno del humor persistente):** Menor gravedad que episodio depresivo y al menos 2 años.

## 4. DEPRESIÓN MAYOR

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- 5 ó más de los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas: (uno de ellos debe ser el 1 ó el 2)
  1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días
  2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer (anhedonia)
  3. Pérdida de peso (+++) o aumento de peso (MIR)
  4. Insomnio (+++) o hipersomnia (MIR)
  5. Agitación o enlentecimiento psicomotor (MIR)
  6. Fatiga o pérdida de energía
  7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
  9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, plan suicida o tentativa suicida

El episodio depresivo puede acompañarse de:

**Síndrome somático (hablamos de depresión melancólica, endógena o vital):**

- Al menos 4 de los siguientes síntomas:
  - o Pérdida de interés / anhedonia
  - o Descenso de la reactividad emocional
  - o Despertar precoz (2 horas antes)
  - o Empeoramiento matutino (variación circadiana del estado de ánimo) (MIR).
  - o Inhibición / agitación psicomotriz
  - o Pérdida de peso (5% en último mes)
  - o Descenso de la libido

Síntomas psicóticos: reflejan enfermedad grave (MIR).

- Congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones con contenido compatible con temas depresivos habituales (culpa, enfermedad, muerte, ruina, nihilismo...) (MIR). Más frecuente.
- Incongruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones con contenido no compatible con temas depresivos habituales (persecución, control, inserción o transmisión del pensamiento..).

### 4.1. SÍNTOMAS ASOCIADOS

- **AFECTIVIDAD:** angustia (MIR), irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias.
- **PENSAMIENTO:** pérdida de la autoestima (MIR), ideas de culpa o de ruina (MIR).
- **CONDUCTA:** abandono personal, 15% intentos suicida. 1ª causa suicida, aislamiento, pérdida de libido (MIR)
- **RITMOS BIOLÓGICOS:** inicio en primavera/otoño, mejoría vespertina (MIR), despertar precoz.
- **TRASTORNOS SOMÁTICOS:** trastornos digestivos, estreñimiento, astenia, amenorrea, sequedad de boca.
- **SINTOMAS CATATONICOS.**

### 4.2. ETIOPATOGENIA

- **Factores biológicos:** básicos en las depresiones endógenas.
- **Factores genéticos:** 25-40% de familiares de primer grado afectos en pacientes con trastorno bipolar, 20% en unipolar.

### 4.3. HALLAZGOS DE LABORATORIO

- A. **BIOQUÍMICA:** hipofunción: noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica.
- B. **NEUROENDOCRINOLOGÍA**
  - Test de supresión de dexametasona (MIR): en 25-40% de los depresivos no hay frenación del cortisol plasmático a las 16 horas de administrar 1 mg de dexametasona.



- Test de estimulación de TSH por TRH (MIR): en un 30% de los depresivos endógenos unipolares no hay aumento de la TSH tras la administración de TRH.
- Cuando estos test están alterados, no se debe suspender el tratamiento hasta que no se normalicen por el alto riesgo de recaídas.
- C. **SUEÑO**: latencia del sueño prolongada, despertar precoz, despertares intermitentes. Acortamiento de la latencia del REM (se relaciona con peor pronóstico).

#### 4.4. FORMAS ESPECIALES DE DEPRESIÓN

- **Depresión enmascarada o equivalente depresivo**: síntomas somáticos que encubren un cuadro depresivo.
- **Depresiones atípicas**: depresiones con características invertidas: hiperfagia, hiperinsomnia, parálisis plúmbea (pesadez intensa en brazos y piernas), marcada sensibilidad al rechazo interpersonal... Pueden estar indicados los IMAOS (MIR).
- **Depresión reactiva (neurótica, situacional)**: rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, empeoramiento vespertino... Menor riesgo de suicidio que en depresión endógena (MIR). Más sensible a psicoterapia y peor respuesta a antidepresivos que depresión endógena.
- **Trastorno afectivo estacional**: aparición repetida del trastorno depresivo en la misma estación del año (más frecuente en otoño / invierno, con recuperación en primavera o verano). Clínicamente suele presentar síntomas atípicos: hipersomnia, hiperfagia (apetencia por HC). ¿En relación con ciclo de luz solar?
- **Trastorno depresivo breve recurrente**: síntomas similares a episodio depresivo mayor. Duración de 2-13 días. ≈ 1 episodio / mes durante 12 meses consecutivos. No relación con ciclo menstrual.
- **Depresión involutiva**: intensa ansiedad con agitación, ideas de culpa o de ruina, alto riesgo de suicidio. No aparece en DSM-IV-TR ni en CIE-10. Más frecuente en varones mayores de 50 años.
- **Pseudodemencia depresiva**: déficit de atención y memoria de origen depresivo, que simula una demencia. Diferencias con demencia: inicio agudo, progresión rápida de síntomas, humor depresivo, quejas cognoscitivas, no empeoramiento nocturno, alteración de memoria reciente y pasada, buena respuesta a antidepresivos.
- **Depresión anancástica**: depresión endógena en la que son muy importantes las ideas obsesivas.
- **Depresión anaclítica de Spitz**: síndrome que ocurre en bebés menores de 1 año, privados de la figura de la madre (MIR).

#### 4.5. CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN DESENCADENAR UN CUADRO DEPRESIVO (DEPRESIONES SOMATÓGENAS)

- **FÁRMACOS**: (MIR) entre otros: corticoides, estrógenos, progesterona, L-dopa, Metil-dopa.
- **ENFERMEDADES**: Parkinson (MIR), demencia senil, ACV, hipotiroidismo, Adisson, Cushing, diabetes...

#### 4.6. TRATAMIENTO

- **PSICOTERAPIA**: Cognitiva e Interpersonal. Actitud inexcusable ante cualquier depresión, aunque el tratamiento debe ser sobre todo farmacológico. En estos periodos se debe evitar la toma de decisiones importantes (MIR).
- **ANTIDEPRESIVOS**:
  - **ISRS**: (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina (más desinhibidor), Fluvoxamina (sedante), Paroxetina (sedante), Sertralina). En la actualidad de primera elección, mejor tolerados (MIR), menos efectos secundarios colinérgicos que los tricíclicos y ausencia de cardiotoxicidad. Eficacia similar a tricíclicos.
  - No contraindicaciones absolutas.
  - **IRSN**: (Duloxetina, Venlafaxina). Útiles en casos refractarios a los ISRS. Contraindicaciones absolutas: cardiopatías graves, HTA de difícil control.
  - **TRICICLICOS**: útiles en depresiones graves y refractarias a los anteriores. En depresiones endógenas (imipramina si predomina la inhibición, amitriptilina si predomina la ansiedad, clorimipramina, si hay trastornos obsesivos asociados). Contraindicaciones absolutas: cardiopatías graves, alto riesgo de suicidio (gran toxicidad en sobredosis. El más tóxico: amitriptilina)
- Para todos los antidepresivos la duración mínima del tratamiento antes de juzgar el efecto antidepresivo es de 2-6 semanas y el tratamiento de mantenimiento no menos de 6 meses a la dosis a la que cedieron los síntomas (MIR).
- Cuando un paciente ha respondido bien a un fármaco suele volver ha hacerlo en posteriores recaídas (MIR).
- **TEC** (Terapia electroconvulsiva): Indicaciones: fracaso farmacológico, depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas delirantes, situación somática crítica, grave riesgo de suicidio, reacciones adversas o enfermedades físicas que contraindiquen fármacos. Indicación principal: depresión endógena delirante con gran agitación y peligro de suicidio (MIR). No indicado en depresión neurótica (MIR).

#### 5. DISTIMIA

- Forma crónica y leve de depresión.
- Estado de ánimo **crónicamente triste y desanimado** (o irritable en niños y adolescentes (MIR), durante al menos 2 años, (en niños y adolescentes 1 año (MIR) no hay intervalos libres de síntomas superiores a dos meses) con 2 o más de los siguientes síntomas:
  - 1-Aumento o disminución del apetito,
  - 2-Insomnio o hipersomnia,
  - 3-Falta de energía,
  - 4-Baja autoestima,
  - 5-Dificultad para concentrarse,
  - 6-Desesperanza.
- Tristes, pesimistas, cansados, apáticos, irritables, con falta de ilusión (MIR). Disminución del rendimiento (MIR). Empeoramiento vespertino (MIR). Mayor riesgo de depresión mayor que en la población general.
- **No hay manifestaciones psicóticas**.
- El riesgo de suicidio es menor que en la depresión mayor (MIR).
- **Tratamiento**: Psicoterapia + Fármacos: ISRS (de elección).



## 6. DEPRESIÓN DOBLE

- Se superponen episodios depresivos mayores sobre un trastorno distímico (MIR).

## 7. TRASTORNO BIPOLAR

- Etiopatogenia: factores biológicos y genéticos son básicos. Los factores psicosociales pueden influir en las recaídas. Los factores estacionales, también influyen: aumento de las recaídas por depresión en invierno-otoño y por manía en primavera-verano. En hombres, más frecuentes y numerosos los episodios maníacos y en mujeres los depresivos.

### 7.1. EPISODIO MANIACO

- Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, eufórico de al menos 1 semana, (MIR) acompañado de tres ó más de los siguientes síntomas:
  - Autoestima exagerada
  - Disminución de la necesidad de dormir (MIR)
  - Verborrea (MIR)
  - Fuga de ideas (MIR)
  - Distrabilidad (MIR)
  - Aumento de la actividad intencionada (MIR)
  - Implicación excesiva en actividades placenteras
- Pueden aparecer ideas delirantes (congruentes con el estado de ánimo) o alucinaciones (más frecuentes auditivas) (MIR).
- Los episodios maníacos suelen iniciarse de forma brusca, la disminución de la necesidad de dormir suele ser el primer síntoma en las recaídas (MIR).

### 7.2. EPISODIO HIPOMANIACO

- Exaltación del estado de ánimo (MIR). Diferencias con episodio maníaco:
  - Duración temporal: al menos 4 días
  - No se produce deterioro socio-laboral
  - No hay síntomas psicóticos.

### 7.3. EPISODIO MIXTO

- Al menos durante 1 semana se cumplen diariamente los criterios tanto de episodio maníaco como de episodio depresivo mayor.
- Frecuente ideación suicida y síntomas psicóticos.

### 7.4. FORMAS CLINICAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

- **BIPOLAR I:** se alternan episodios de depresión mayor y de manía, o episodios múltiples de manía exclusivamente (también pueden aparecer episodios de hipomanía o mixtos).
- **BIPOLAR II:** 1 o más episodios de depresión y al menos 1 episodio de hipomanía (nunca episodios de manía).
- **TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO**
  - Episodios hipomaníacos sin síntomas depresivos intercurrentes.
  - Episodios maníacos o mixtos en trastornos psicóticos
- **TRASTORNO CICLOTÍMICO:** Durante al menos dos años (en niños y adolescentes 1 año) numerosos episodios de hipomanía y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen criterios de episodio depresivo mayor (MIR), no más de dos meses sin síntomas.
- Los episodios maníacos o hipomaníacos no han sido inducidos por antidepresivos o TEC.

### 7.5. FORMAS "ESPECIALES" DEL TRASTORNO BIPOLAR

- A. **CICLADORES RÁPIDOS:**
  - Más de cuatro episodios al año de manía y/o depresión. Tratamiento: carbamacepina (MIR). Tanto en la fase aguda como en la profilaxis. EL 80% mujeres.
- B. **TRASTORNO BIPOLAR CON PATRÓN ESTACIONAL:**
  - Depresión en invierno y manía o hipomanía en primavera y verano. Tratamiento: Estimulación luminosa.

### 7.6. FARMACOS Y PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON CUADROS MANIFORMES

- **FÁRMACOS:** entre otros: antidepresivos, corticoides (MIR), L-dopa, psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas)...
- **ENFERMEDADES:** ACV, tumores SNC, Addison, Cushing, infecciones (sífilis terciaria, fiebre tifoidea, sepsis por legionella (MIR).

### 7.7. TRATAMIENTO

- **EPISODIO DEPRESIVO AGUDO:** antidepresivos (ISRS) + Li / Valproato / Antipsicótico atípico (añadir eutimizantes o anti-psicóticos hacen menos probable el giro a manía ya que el uso de antidepresivos supone un riesgo de viraje a la fase maníaca) (MIR). Considerar la lamotrigina si antecedentes de inestabilidad anímica.
- **EPISODIO MANIACO AGUDO:**
  - Se necesita ingreso hospitalario en el 75% de los casos.
  - Se emplean antipsicóticos atípicos (en accesos maníacos graves porque controlan la agitación del paciente) (MIR) + Litio (eutimizante). El litio tarda entre 9-10 días en hacer efecto (MIR). Niveles terapéuticos de litio 0,5-1,2 mEq/l (MIR).



- Otros tratamientos útiles tanto en el tratamiento como en la prevención de episodios maníacos son: carbamacepina, valproato o TEC.
  - En casos de manía están contraindicados los antidepresivos, porque empeoran los síntomas maníacos (MIR).
  - **HIPOMANIA:** Litio.
  - **EPISODIOS MIXTOS:** Carbamacepina o valproato. El Litio es menos eficaz (MIR). En caso de necesitarse se usarán antipsicóticos atípicos. En general, se evitan los antidepresivos.
  - **CICLADORES RÁPIDOS**
- El tratamiento de elección en ciclación rápida es: Litio / Valproato / Lamotrigina.
- No se recomienda el uso de fármacos con alto potencial de viraje (antidepresivos o antipsicóticos). Los antidepresivos pueden inducir viraje a fase maníaca, y los antipsicóticos pueden inducir viraje a fase depresiva (MIR).

## 7.8. PROFILAXIS DE TRASTORNOS BIPOLARES

- Litio, es el fármaco de elección en la profilaxis (MIR). La duración del tratamiento será de 3-5 años y los niveles plasmáticos de 0,5-1,2 mEq/l (MIR). Contraindicaciones: cardiopatías, renales, tiroideas (MIR) y embarazo.
- Otros fármacos útiles en profilaxis: carbamacepina, valproato, clonacepam (MIR), lamotrigina.

## 8. SUICIDIO

- Los suicidios consumados son más frecuentes en varones sobre todo a partir de los 60 años (MIR). Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres y en gente joven (MIR). La incidencia de suicidio consumado aumenta progresivamente con la edad (MIR) haciéndolo bruscamente a partir de los 60 años.
- Por orden de menor a mayor incidencia de suicidio según el estado civil: casados con hijos, solteros, viudos, divorciados.
- Síntomas y factores que indican riesgo de suicidio (MIR): Varón mayor de 55 años, recientes problemas matrimoniales, aislamiento social, desempleo, intento de suicidio previo con métodos de alta letalidad, ideación suicida frecuente y prolongada, advertencias previas de que va a suicidarse, trastorno mental (depresión sobre todo endógena y si existen síntomas psicóticos (MIR), alcoholismo, esquizofrenia –gran riesgo en los meses posteriores al alta hospitalaria- (MIR), importante agitación motora, ansiedad, sentimientos de culpa, preocupaciones hipocondríacas, enfermedad crónica dolorosa, invalidante.
- La disminución del 5HIAA en LCR, se considera marcador de suicidio.
- **Tratamiento:** Si el paciente ha tenido un intento de suicidio y está agitado, está indicado el ingreso hospitalario y antipsicóticos sedantes (MIR). Posteriormente se tratará la enfermedad psiquiátrica que motivó el intento de suicidio.

## 1. Concepto y epidemiología

- La ansiedad es un estado de activación del SNC por el que el organismo se prepara para hacer frente a una situación "extraordinaria".
- Sensación subjetiva de tensión, excitación, acompañada de activación vegetativa.
- Cierta grado de ansiedad, aumenta el rendimiento, pero al atravesar cierto umbral, el rendimiento disminuye.

MIEDO	ANSIEDAD
Amenaza conocida	Amenaza desconocida
Externa	Interna
Inmediata	Futura
Definida	Vaga

### 1.1. Ansiedad normal

- La ansiedad normal: respuesta a estímulos externos potencialmente peligrosos. Adaptada en intensidad y tiempo al estímulo que la genera y capaz de generar una respuesta adecuada.

### 1.2. Epidemiología

- Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes. Prevalencia anual en población general superior al 10%.
- La prevalencia en mujeres es el doble que en varones.
- Sus posibilidades de aparecer disminuyen con la edad. Muchos cuadros de aparición tardía que se manifiestan con gran ansiedad no son trastornos de angustia sino depresiones ansiosas.
- El más común de los trastornos de ansiedad es la fobia simple.
- El trastorno de ansiedad que demanda tratamiento más frecuentemente, son las crisis de angustia (crisis de ansiedad).
- Comorbilidad frecuente de la ansiedad con trastornos del estado de ánimo y consumo de sustancias.
- Curso con frecuencia crónico con períodos de mejoría y otros de empeoramiento.

#### GENÉTICA:

Existe evidencia de transmisión genética de los trastornos de ansiedad. Las mayores evidencias se tienen con el trastorno de pánico y el TOC.

### 1.3. Síntomas de ansiedad

- **Periféricos:** por estimulación del SN Vegetativo (Síntomas Somáticos).
- **Centrales:** por estimulación de Sistema Límbico / Corteza Cerebral (Síntomas Psicológicos).

PERIFÉRICAS	CENTRALES
. Taquicardia / Palpitaciones	. Aturdimiento / Ansiedad
. Disnea / Sensación ahogo	. Desasosiego / Irritabilidad
. Temblores / Sacudidas	. Miedo incoercible / Aprensión
. Mareos / Inestabilidad	. Ansiedad "flotante"
. Sudor / Enrojecimiento	. Agobio psicológico
. Escalofríos / Calor	. Miedo a perder el control
. Náuseas / Diarrea	. Deseo de escapar
. Parestesias / Entumecimiento	. Despersonalización/Desrealización

MIR 07 (8700): Mujer de 47 años sin antecedentes psiquiátricos que es hospitalizada para estudio de metrorragias y a los 5 días de su ingreso es informada del diagnóstico de neoplasia uterina con metástasis. Se consulta a Psiquiatría porque 24 horas después muestra tristeza y llanto frecuente, refiere ideas de muerte y presenta insomnio. En la evaluación psiquiátrica no se recoge ningún antecedente psiquiátrico y la exploración detecta elevada ansiedad y desesperanza en relación con las consecuencias de su enfermedad neoplásica. El diagnóstico más probable es:

1. Trastorno esquizoafectivo.
2. Distimia.
3. Trastorno de ansiedad generalizada.
4. Trastorno por estrés postraumático.
5. **Reacción normal frente al estrés.\***

MIR 08 (8957): Respecto a los trastornos de ansiedad señale la respuesta **FALSA**:

1. *Los pacientes que sufren un trastorno obsesivo compulsivo tienen ideas obsesivas irracionales e intrusivas. Las más frecuentes son las obsesiones de limpieza.*
2. *Son los trastornos más comunes en la población general. Son más frecuentes en mujeres y su incidencia disminuye con la edad.*
3. *El abuso de alcohol es una complicación grave y frecuente.*
4. *El trastorno por estrés postraumático suele aparecer en los seis primeros meses tras el suceso traumático.*
5. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de crisis de angustia, recurrentes e inesperadas y puede cursar con o sin agorafobia.\*

## 2. Trastornos de ansiedad fóbica

### 2.1. Concepto

- Temores irracionales y exagerados hacia objetos, situaciones o funciones corporales que en situación normal no son fuentes objetivas de miedo.
- El temor fóbico tiene las siguientes características: desproporcionado, irracional, fuera de control voluntario, evitación de la situación temida, ansiedad anticipatoria
- Las fobias suelen asociarse a un aumento de los antecedentes familiares de ansiedad.

### 2.2. Curso y pronóstico

- Suele ser crónico con exacerbaciones y remisiones.
- La agorafobia presenta remisiones con menor probabilidad.
- La remisión espontánea es menos frecuente en pacientes con síntomas estables más de 1 año.

### 2.3. Epidemiología

1. Más frecuentes en sexo femenino.
2. 7% de la población general en adultos, solo 0,5-0,8% son incapacitantes.
3. En los niños los temores fóbicos son muy frecuentes, hasta el 90% de la población infantil los padece.

### 2.4. Tipos de fobias

- Agorafobia.
- Fobia social.
- Fobia específica o simple.

#### AGORAFOBIA

- Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares puede no disponer de ayuda.
- Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características como: estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente, hacer cola pasar por un puente, viajar en autobús, tren o automóvil.
  - Estas situaciones se evitan, o se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos.
- Tiene que haber al menos dos síntomas de ansiedad entre los siguientes al enfrentarse a la situación temida (uno al menos debe estar comprendido entre el 1 y el 4):

#### Síntomas autonómicos:

- Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado.
- Sudación.
- Temblores o sacudidas de los miembros.
- Sequedad de boca.

Síntomas de pecho y abdomen:

- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o malestar en el pecho.
- Náuseas o malestar abdominal.

**Síntomas relacionados con el estado mental:**

- Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- Sensación de que los objetos son irreales.
- Sensación de perder el control (volverse loco).
- Miedo a morir.

**Síntomas generales:**

- Sofocos o escalofríos.
- Sensación de entumecimiento u hormigueo.

El más incapacitante de los trastorno fóbicos, algunos individuos llegan a quedar confinados en casa.

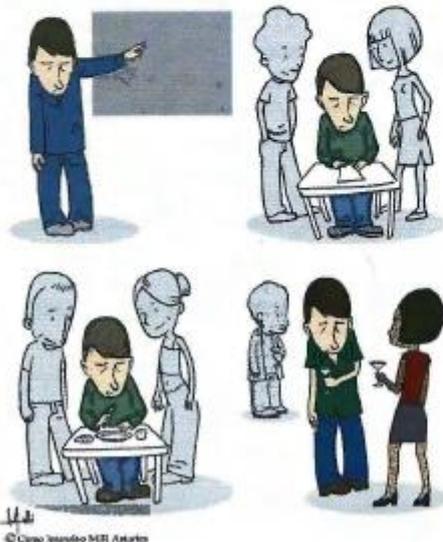
- Frecuentemente se asocia con trastorno de pánico. Es frecuente que se produzca una crisis de angustia en determinada situación, y, posteriormente, el paciente evita dicha situación para que no se repita (trastorno de pánico con agorafobia).
- **Edad de inicio:** 15-35 años (adulto joven).
- Más frecuente en mujeres.
- Las actividades sociales y laborales, están severamente limitadas y en casos extremos no puede abandonar la seguridad del hogar.

**Tratamiento:**

- Terapia cognitivo-conductual + ISRS (+/- BZD).
- Duración del tratamiento no inferior a 6-12 meses.

**FOBIA SOCIAL**

- El paciente evita situaciones sociales en las que se siente escrutado por otros por temor a la humillación. Frente a situaciones como hablar, comer, beber, escribir o contestar preguntas, en público, presenta una respuesta de ansiedad.
- **Temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.**
- El miedo a ser enjuiciado por otras personas puede surgir dentro de un grupo relativamente pequeño (en agorafobia temor a situaciones donde hay multitudes).
- Tímido "de modo patológico" (la fobia social genera discapacidad, la timidez no).
- La exposición a estos estímulos produce invariablemente una respuesta de ansiedad, que puede tomar forma de crisis de angustia.
- Pueden ser restringidas (algunas actividades sociales) o difusas (todas las actividades sociales).
- Estos individuos suelen presentar hipersensibilidad a la crítica, rechazo a las evaluaciones, baja autoestima o sentimientos de inferioridad. La situación puede llevar a altos grados de incapacidad social.
- Mayor grado de incapacidad en fobia social difusa.
- **Edad de inicio:** adolescencia.
- Prevalencia similar en ambos sexos.



Fobia social

**Tratamiento:**

- **Terapia cognitivo-conductual + ISRS.**
- En casos restringidos puede ser útil: betabloqueantes (propranolol) 30 minutos antes de la exposición al estímulo fóbico.

**MIR 93 (3527):** ¿Cuál es el diagnóstico más apropiado para un paciente que experimenta miedo a las tormentas?

1. Agorafobia.
2. Neurosis obsesiva.
3. Ansiedad generalizada.
4. Trastorno adaptativo con ánimo ansioso.
5. **Fobia simple.\***

**MIR 94 (3784):** ¿Cuál es la entidad psicopatológica que probablemente presenta un varón de 33 años con importante ansiedad cuando en su trabajo tiene que contactar con clientes, sobre todo porque tiene miedo a decir o hacer algo estúpido y verse en ridículo y siempre le ocurre cuando se nota observado, por ejemplo comiendo en un restaurante?

1. **Fobia social.\***
2. Ansiedad reactiva.
3. Agorafobia.
4. Trastorno obsesivo.
5. Voyeurismo.

**MIR 14 (10391):** Hombre de 28 años de profesión violinista, que consulta por haber presentado en los últimos 3 meses crisis de pánico durante sus actuaciones públicas. Las crisis se acompañan de intenso miedo a quedar bloqueado y no poder continuar con la actuación, algo que sería humillante para él. Este miedo le ha hecho cancelar sus próximas actuaciones. En el resto de sus actividades diarias no experimenta este temor, ni tampoco le sucede cuando ensaya con sus compañeros de la orquesta. ¿Qué diagnóstico consideraría más probable para este caso?

1. Fobia simple.
2. Trastorno de pánico.
3. **Fobia social de ejecución.\***
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Agorafobia.

**FOBIA ESPECÍFICA (FOBIA SIMPLE Ó AISLADA)**

- **Miedo marcado ante un objeto o situación específica:** animales, fenómenos de la naturaleza, oscuridad, viajar en avión, ir al dentista...
- Para poder hacer el diagnóstico es necesario que los comportamientos de evitación o el malestar provocados por la situación temida interfieran acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o académicas o sociales o bien que provoque un malestar clínicamente significativo.
- Grado de incapacidad variable (depende del objeto / situación temida).
- La exposición al estímulo fóbico desencadena una respuesta de ansiedad, que se acompaña de síntomas vegetativos simpáticos: hipertensión, taquicardia...
- Salvo en el caso de la hematófobia (fobia a la sangre) donde los estímulos que predominan son los parasimpáticos (reacción vagal).
- Los adultos y adolescentes, reconocen que este temor es excesivo, esto no ocurre en los niños.
- Son los trastornos de ansiedad **más frecuentes** (pero generan menos demanda).
- **Edad inicio:** infancia / adolescencia.
- Más frecuente en mujeres.

**Tratamiento:**

- **Terapia cognitivo-conductual:** desensibilización progresiva.
- Poco frecuentemente son necesarios fármacos: BZD, betabloqueantes.



Fobia simple

### 3. Ataque de pánico (crisis de angustia)

- Se encuentra entre las experiencias vitales más dolorosas.
- Consiste en un episodio súbito diurno o nocturno, de miedo e intenso malestar en ausencia de peligro real que se acompaña de descarga neurovegetativa, con síntomas físicos y cognoscitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar.
- Duración: 15-30 min. Máxima expresión en los primeros 10 min.
- Al ir repitiéndose, la sensación de miedo baja.
- **DIAGNÓSTICO:**  $\geq 4$  de los siguientes
  - PALPITACIONES, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
  - SUDACIÓN
  - 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

Por orden de frecuencia:

- Palpitaciones, taquicardia: 80%
- Disnea, sensación de ahogo: 70%
- Miedo a morir: 65%
- Mareo, sensación de inestabilidad: 55%



Crisis de angustia

- En ocasiones se presentan como vivencias de despersonalización con síntomas físicos menos aparentes, desrealización, alteraciones sensorceptivas.
- No son estados psicóticos ya que no hay delirio y si conciencia de enfermedad. Son trastorno neuróticos.
- Tienen carácter espontáneo.
- Pero pueden ser artificialmente desencadenadas por agentes físicos: lactato i.v., ejercicio físico, inhalación de CO2, hiperventilación, cafeína, yohimbina, isoproterenol, privación de sueño.

#### TIPOS DE CRISIS DE ANGUSTIA:

- **Inesperadas:** surgen sin motivo aparente. Características del trastorno de pánico.
- **Situacionales:** aparecen por anticipación o tras exposición a estímulos o desencadenantes ambientales (visión de una araña o serpiente). Típicas de fobias específicas y fobia social, TOC, estrés posttraumático...

#### TRATAMIENTO:

- Fase aguda: Alprazolam (BZD alta potencia).
- Tratamiento de fondo: ISRS (+/- alprazolam).

MIR 99 (6362): Un enfermo manifiesta sensación de dificultad respiratoria, mareo con sensación de inestabilidad o desfallecimiento, palpitaciones, temblor, sudoración, sensación de ahogo, náuseas, despersonalización, parestesias, sofocación que se alterna con escalofríos, opresión precordial, miedo a morir o a perder el control sobre sí mismo. ¿Cuál es, entre los siguientes, el diagnóstico más probable?:

1. Brote esquizofrénico.
2. Depresión endógena.
3. Trastorno obsesivo compulsivo.
4. Crisis de angustia.\*
5. Síndrome de abstinencia.

MIR 01 (7139) ¿Cuál de estos fármacos es más eficaz en el tratamiento de las crisis de angustia (ataques de pánico)?:

1. Antipsicóticos atípicos.
2. Diazepam.
3. Paroxetina.
4. Betabloqueadores.
5. Biperideno.

ANULADA

MIR 01 (7133): Ante un paciente que bruscamente ha comenzado con un conjunto de síntomas constituido por: sensación de dificultad respiratoria, de ahogo (disnea) o de paro respiratorio, mareo, sensación de inestabilidad o desfallecimiento, palpitaciones o taquicardia y náuseas o malestar abdominal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Trastornos de ansiedad generalizada.
2. Trastorno de pánico\*.
3. Trastorno mixto ansioso-depresivo.
4. Trastorno fóbico.
5. Trastorno de adaptación.

MIR 10 (9440): Hombre 31 años sin antecedentes psiquiátricos. Acude a Urgencias refiriendo un episodio agudo de taquicardia, sudoración, opresión torácica, sensación de asfixia y mareo con inestabilidad. Asustado cree que puede estar sufriendo un infarto. Hace 2 días experimentó otro cuadro clínico igual que se autolimitó en unos 30-40 minutos. También explica que hace 1 semana ha roto su relación de pareja tras 8 años de convivencia. Descartada cualquier patología orgánica ¿qué diagnóstico psiquiátrico es el más adecuado?:

1. Reacción de estrés post-traumático.
2. Trastorno agudo de personalidad dependiente.
3. Agorafobia.
4. Trastorno Depresivo.
5. Crisis de Angustia.\*



## 4. Trastorno de pánico (trastorno de angustia)

- Presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (al menos 2), no asociadas a situaciones o circunstancias particulares, seguidas de la aparición, durante un periodo mínimo de 1 mes de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia (ansiedad anticipatoria) o bien de cambios en el comportamiento, relacionados con las crisis.
- Las crisis de angustia no se deben a ninguna sustancia ni a otra enfermedad médica o mental.

Es bastante frecuente que se produzca la siguiente evolución: crisis de angustia, ansiedad anticipatoria, conductas evitativas, agorafobia.

- Dependiendo si se cumplen o no criterios de agorafobia el diagnóstico será trastorno de angustia con agorafobia o trastorno de angustia sin agorafobia.
- Cuando aparece agorafobia suele hacerlo en el primer año, pero no siempre aparece.
- Es necesario para el diagnóstico que por lo menos al principio las crisis de angustia sean espontáneas. Aunque luego puedan ser facilitadas por ciertas situaciones.
- Trastorno de pánico moderado:  $\geq 4$  en 4 semanas.
- Trastorno de pánico grave:  $\geq 4$  por semana durante 4 semanas.

En estos pacientes hay mayor incidencia de cuadros depresivos mayores y de trastornos relacionados con el uso de sustancias (alcohol u otras sustancias) y otros trastornos de ansiedad.

### EPIDEMIOLOGÍA:

- En todas las culturas.
- Influencia genética en la aparición del trastorno de angustia.
- El trastorno de ansiedad que más frecuentemente demanda tratamiento.
- Edad de inicio: Final de la adolescencia y la mitad de la 3ª década (adulto joven).
  - Prevalencia por sexos:
    - Sin agorafobia: Mujeres x2.
    - Con agorafobia: Mujeres x3.

LABORATORIO: alcalosis respiratoria compensada en muchos casos.

### TRATAMIENTO:

#### • FASE AGUDA:

BZD de alta potencia (alprazolam). Las BZD sólo son útiles para yugular las crisis agudas pero no constituyen el tratamiento de fondo del trastorno de pánico.

#### • TRATAMIENTO DE FONDO:

- Antidepresivos: ISRS.
- Benzodicepinas: pueden añadirse a los ISRS.
- Terapia cognitivo-conductual.

Tras 6-12 meses libre de crisis se puede intentar disminuir la dosis del fármaco. Entre el 40-70% recaen y se requiere entonces un tratamiento más prolongado o terapia combinada de antidepresivos + BZD.

### PRONÓSTICO:

Tras 6-10 años tratamiento 30% se han recuperado, 40-50% mejoran, pero continúan con los síntomas y el restante 20-30% continúan igual o peor.

MIR 02 (7396) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es típica del Trastorno de Pánico?

1. Ya asociado a agorafobia.\*
2. Debe presentar al menos 3 ataques en un periodo de 3 semanas en circunstancias distintas.
3. Durante el ataque aparecen disnea, sensación de ahogo y parestesias.
4. No se debe a trastorno físico o a otro trastorno mental.
5. Es un trastorno crónico, episódico y recurrente.

MIR 06 (8436): Con respecto al trastorno de pánico es cierto que:

1. Las benzodicepinas son la base del tratamiento.
2. El término *crisis* de angustia es sinónimo de *trastorno de pánico*.
3. Entre las principales enfermedades con las que habría que realizar un diagnóstico diferencial estaría el hipertiroidismo.\*
4. Una de sus variedades se caracteriza por presentarse en personas mayores de 45 años y acompañarse de pérdida de conocimiento.
5. Su presencia es un criterio diagnóstico de un episodio de depresión mayor.

## 5. Trastorno de ansiedad generalizada

- Ansiedad persistente y preocupación excesiva, no asociadas a ninguna circunstancia concreta (ansiedad libre "flotante") de larga duración (superior a 6 meses) y curso fluctuante.
- $\geq 3$  de los siguientes durante al menos 6 meses:
  - Inquietud o impaciencia.
  - Fatigabilidad fácil.
  - Dificultad de concentración.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.
  - Alteraciones del sueño.
- Puede haber síntomas somáticos similares a los de las crisis de angustia, pero menos intensos.
- El curso es fluctuante con agravamientos coincidentes con periodos de estrés.
- Con el tiempo, el paciente aprende a convivir con los síntomas (periodo de estado).
- En fase crónica pueden aparecer: tristeza, apatía, desinterés (síntomas cercanos a la depresión).
- Estos pacientes, lloran de estrés o impotencia, y se sienten aliviados, a diferencia del depresivo, que llora de desesperanza y el llanto no le alivia.
- Se produce un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Alta comorbilidad con trastornos depresivos y trastornos de la personalidad.
- Edad de inicio: adulto joven.
- Más frecuente en sexo femenino.

### TRATAMIENTO:

- Psicoterapia cognitivo-conductual.
- Fármacos:
  - Antidepresivos ISRS.
  - Otros: BZD, buspirona, antiepilépticos.

MIR 13 (10221): Todas las siguientes son complicaciones habituales de trastorno de ansiedad generalizada no tratado **EXCEPTO:**

1. Consumo de alcohol y abuso de drogas.
2. Trastornos psicosomáticos.
3. Trastornos depresivos.
4. Trastornos psicóticos.\*
5. Conductas suicidas.

## 6. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

### DEFINICIÓN

- Presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes que producen marcado malestar y pérdidas de tiempo significativas (más de 1 hora al día), acusado deterioro de la actividad general y malestar clínicamente significativo.
- Duración mínima: 2 semanas.

## 6.1. Obsesiones

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como intrusas o inapropiadas, parásitas y egodistónicas (intrusas), causando malestar o ansiedad.
- Es un pensamiento insólito y parasitario. El sujeto reconoce que estos pensamientos son producto de su mente pero ajeno a su control: egodistónicos.
- Las obsesiones generan ansiedad que se intenta neutralizar con pensamientos o acciones (compulsiones).

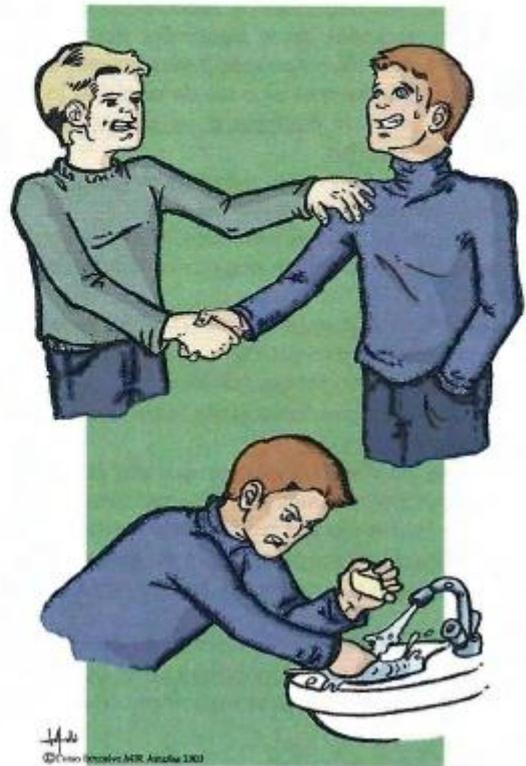
## 6.2. Compulsiones

- Conductas o actos mentales repetitivos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión para aliviar la ansiedad.
- Las compulsiones no proporcionan placer o gratificación.
- Estos comportamientos o actos mentales no están siempre conectados de forma directa con aquello que se pretende neutralizar (es decir, en muchas ocasiones, las compulsiones son independientes de la obsesión que las genera).
- A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o eficacia, lo que puede llevarle a sensación de fracaso y pérdida de la autoestima.



- La CIE-10 distingue entre pensamientos ideas o imágenes (obsesiones), o actos (compulsiones).
- El DSM-IV-TR establece esta diferencia en función de si el pensamiento idea o imagen produce ansiedad o malestar (obsesión) o si reduce estos síntomas (compulsión).

- En un reducido número de niños el TOC puede relacionarse con una infección estreptocócica beta hemolítica del grupo A (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus-PANDAS-).



### CURSO Y PRONÓSTICO:

- Crónico con periodos de empeoramiento en relación con situaciones de estrés.

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- TAC, RM: disminución del tamaño del núcleo caudado bilateral.
- PET: activación en lóbulos frontales, ganglios basales y cíngulo que se corrigen con tratamiento farmacológico y conductual.

### TRATAMIENTO:

- **Fármacos (dosis elevadas)**
  - Elección: ISRS.
  - Clomipramina
- Psicoterapia: cognitivo-conductual.
- En casos intratables psicocirugía: leucotomía límbica o cíngulotomía anterior.
- Cuando se retira el tratamiento las recaídas son frecuentes.

## 6.3. Espectro obsesivo-compulsivo

Incluye impulsión (defecto de control y desinhibición) y compulsión como fenómenos opuestos en un continuum. Los siguientes trastornos probablemente tengan un origen o susceptibilidades similares.

- Impulsividad:
  - Compulsiones sexuales
  - Piromanía
  - Cleptomanía
  - Tricotilomanía
  - Ludopatía
  - Personalidad cluster B
  - Tics
  - Comportamientos autolesivos
  - Atracones de comida
- Compulsividad:
  - TOC
  - Hipocondría
  - Dismorfofobia
  - Anorexia Nerviosa
  - Despersonalización

OBSESIONES (MIR)	COMPULSIONES
Contaminación	Rituales de limpieza
Duda patológica	Comprobación
Impulsos agresivos	Contar
Imágenes sexuales	Repetir palabras en silencio
Necesidad intensa de orden / simetría	Ordenar
Religiosas	Rezar

Es el más grave de todos los trastornos de ansiedad y prácticamente el único que puede precisar hospitalización.

### EPIDEMIOLOGÍA:

- Clases socioeconómicas elevadas.
- Prevalencia del 2% de la población general.
- **Edad inicio:** infancia / adolescencia en varones, más tardío (20-29 años) en mujeres.
- La distribución por sexos es equitativa.
- Influencia genética.
- Existe una alta incidencia de TOC en individuos con síndrome de Gilles de la Tourette.



## 6.4. Trastornos obsesivos

- En situaciones de agotamiento o estrés pueden aparecer fenómenos como releer un texto, repetir frases, no poderse desprender de una frase, una canción que surge reiteradamente en el pensamiento o repetir determinados movimientos.
- La naturaleza obsesiva de estos actos se manifiesta por su reiteración.
- Estos actos cesan una vez desaparece el conflicto o estrés que los genera.

## 6.5. Personalidad psicasténica de Janet

- Tendencia a tener automatismos psíquicos.
- Dificultades de decisión, ejecución, dudas, tendencia a la fatiga, depresión, ansiedad, inadaptación social, distanciamiento del medio ambiente, conductas poco eficaces e imprecisas y escasa capacidad de concentración.
- Rasgos propios de enfermos neuróticos, especialmente de obsesivo.

**MIR 98 FAMILIA (5590):** Un paciente de 25 años consulta por sintomatología de ansiedad y profundo malestar porque en su trabajo tiene una sensación de inseguridad constante por la convicción de no realizar correctamente las tareas que le competen. Esto hace que necesite permanentemente revisarlas una y otra vez, lo que le supone pérdida de tiempo y de eficacia. Esta sensación es tan dominante en su psiquismo que le conduce a la idea de fracaso y a la pérdida de autoestima. El diagnóstico inicial corresponde a trastorno:

1. Por idea delirante.
2. Por ansiedad fóbica.
3. De personalidad evitativo-fóbica.
4. Obsesivo-compulsivo.\*
5. Psicótico paranoide.

**MIR 03 (7659):** ¿Cuáles son los actos obsesivos más frecuentes en el trastorno obsesivo-compulsivo?

1. Comprobaciones y rituales de limpieza.\*
2. Recuentos mentales.
3. Evitar pisar las cruces en las baldosas.
4. Jaculatorias repetitivas de conjura.
5. Acumulación y colección de objetos.

**MIR 04 (7914):** ¿Cuál es el principal tratamiento psicofarmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo?

1. Antipsicóticos.
2. Benzodiazepinas.
3. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de noradrenalina.
4. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina.\*
5. Estimulantes.

**MIR 05 (8182):** Señalar cuál de los siguientes trastornos NO parece relacionado con el espectro de la patología obsesivo-compulsiva:

1. El trastorno dismórfico corporal.
2. La amnesia psicógena.\*
3. La hipocondría.
4. Los tics.
5. La cleptomanía.

**MIR 06 (8437):** Hombre de 26 años de edad que refiere que le genera mucha ansiedad tocar objetos que otras personas hayan podido tocar antes (como picaportes de puertas) o que le rocen en transportes públicos por miedo a contaminarse. Sabe que es absurdo pero mantiene una actitud continuada de vigilancia, realiza conductas de lavado de manos repetidamente y progresivamente ha ido restringiendo sus salidas para evitar las numerosas situaciones que considera de potencial riesgo de contaminación. ¿Cuál es el fenómeno psicopatológico subyacente básico?:

1. Ideas delirantes de contaminación.
2. Fobia específica.
3. Obsesiones de contaminación.\*
4. Temores hipocondríacos.
5. Ideas sobrevaloradas de contaminación.

**MIR 08 (8956):** Señalar cuál de los siguientes síntomas NO es característico del trastorno obsesivo-compulsivo:

1. Pensamientos e imágenes recurrentes.
2. Meticulosidad.
3. Ausencia de introspección.\*
4. Lentitud.
5. Compulsiones.

**MIR 09 (9210):** Respeto al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), señale la respuesta FALSA:

1. La prevalencia de TOC en la población general es 2-3%.
2. En adultos, la probabilidad de sufrir el TOC es igual en hombres que en mujeres.
3. La alteración del sistema serotoninérgico está implicada en el TOC.
4. La terapia conductista es escasamente eficaz en el TOC.\*
5. Los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) o la clomiprina.

**MIR 13 (10224) (225):** Mujer de 26 años sin antecedentes psiquiátricos previos, acude a Urgencias traída por sus padres que explican que desde hace unos días está hiperactiva, nerviosa, insomne. Explican que revisa obsesivamente la instalación eléctrica de casa en busca de cámaras de video y micrófonos. En la entrevista nos dice que le están vigilando desde la Policía pues ella es una enviada galáctica con poderes especiales. ¿Cuál de las siguientes opciones NO debe considerarse como diagnóstico diferencial?

1. Trastorno obsesivo compulsivo.\*
2. Esquizofrenia.
3. Episodio maniaco.
4. Psicosis por consumo de sustancias tóxicas.
5. Tumor cerebral.

**MIR 14 (10385):** ¿Cuál de las siguientes características NO es típica de los contenidos de las ideas obsesivas?

1. Pensamientos sexuales.
2. Fonemas.\*
3. Necesidad de simetría.
4. Duda patológica.
5. Contaminación.

## 7. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

- Consecuencia directa de estrés agudo grave o situación traumática sostenida. En su ausencia no hay trastorno.

### 7.1. Reacción a estrés agudo

- Trastorno transitorio (normalmente remite en días/horas) que aparece como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional (catástrofes naturales, accidentes, guerra, atracos, violaciones, pérdida de varios seres queridos, incendio de la vivienda...).
- Relación temporal clara e inmediata entre agente estresante y aparición de síntomas.
- El riesgo de aparición es mayor si existe agotamiento físico o factores orgánicos (adultos jóvenes, mujeres).
- Sintomatología: embotamiento psíquico ó anestesia emocional, disminución del campo de conciencia, disminución de atención, incapacidad para asimilar nuevos estímulos y desorientación, ira, desesperación, hiperactividad.
- También pueden existir signos vegetativos de crisis de pánico (taquicardia, sudación y rubor).
- Desaparecen generalmente a los 2-3 días máximo.



## 7.2. Trastorno de estrés postraumático

Trastorno producido como respuesta tardía (periodo de latencia de semanas ó meses) tras la exposición a un estrés ambiental / psicológico desbordante.

Aparece hasta en el 30% de los personas que han experimentado un acontecimiento traumático (como los descritos previamente) en su vida.



- Para poder hacer el diagnóstico, las alteraciones se deben de prolongar más de 1 mes.
- El cuadro clínico provoca malestar social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### TRATAMIENTO:

- Terapia cognitivo conductual
- Antidepresivos ISRS.

**MIR FAMILIA 00 (6628):** Los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático incluyen todos los siguientes **EXCEPTO:**

1. La re-experimentación del episodio.
2. El aumento del grado de alerta.
3. La evitación de estímulos.
4. **El estado de ánimo deprimido.\***
5. Restricción de la vida afectiva.

### TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Re-experimentación del acontecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuerdos y sueños recurrentes sobre el acontecimiento que provocan malestar</li> <li>• El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de revivir el acontecimiento, ilusiones, alucinaciones o episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)</li> </ul>
Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la actividad general del individuo incluyendo 3 ó más de los siguientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</li> <li>• Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares y personas que recuerden al trauma.</li> <li>• Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma (<b>amnesia psicógena</b>)             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducción acusada del interés por participar en actividades significativas</li> <li>2. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás</li> <li>3. Restricción de la vida afectiva (disminución de la capacidad para sentir emociones)</li> </ol> </li> </ul>
Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) o grado de alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de "acortamiento de futuro" (no espera casarse, hacer una carrera....)</li> <li>• Dificultades para conciliar o mantener el sueño (frecuente insomnio de mantenimiento)</li> <li>• Irritabilidad, <i>ataques de ira</i> (MIR)</li> <li>• Dificultad de concentrarse</li> <li>• Hipervigilancia</li> <li>• Respuesta exagerada de sobresalto</li> </ul>

## 7.3. Trastorno de adaptación

- Estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social.
- Aparecen durante el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante (duelo, separación, emigración, condición de refugiado...).
- Relación temporal clara con acontecimiento estresante (< 3 meses) y raramente dura más de 6 meses.
- Predisposición y vulnerabilidad juega un papel importante (pero siempre es necesario que exista el agente estresante).

### EPIDEMIOLOGÍA:

- Adolescentes (aunque puede aparecer a cualquier edad).
  - Mujeres (2 mujeres : 1 varón) solteras.
- Factores precipitantes estresantes más frecuentes en jóvenes: problemas escolares, rechazo de los padres, divorcio y abuso de sustancias. En adultos: problemas familiares, divorcio, cambio de domicilio, emigración y problemas económicos.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico.

- La forma y gravedad de los síntomas puede variar de un momento a otro.
- **Sintomatología:** humor depresivo, facilidad para el llanto, desesperanza, ansiedad, preocupación, incapacidad para afrontar problemas.
- **Subtipos clínicos:**
  - **Reacción depresiva breve:** estado depresivo leve-moderado y transitorio de duración inferior a 1 mes.
  - **Reacción depresiva prolongada:** estado depresivo leve-moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los 2 años.
  - **Reacción mixta de ansiedad y depresión.**

### TRATAMIENTO:

- Psicoterapia cognitivo-conductual.
- Fármacos: ISRS, ansiolíticos.



**MIR 10 (9438):** Un paciente de 36 años, oriundo de otra cultura que vive en España desde hace 4 años se presenta en una consulta de S.N. de Salud. Refiere presentar desde hace 10 meses sintomatología ansiosa y humor depresivo. Este cuadro interfiere moderadamente en su actividad cotidiana. No tiene antecedentes psiquiátricos previos. Dicha situación se produce a raíz del fallecimiento, en un accidente automovilístico, de un hermano mayor con quien se encontraba muy unido. Señalar cual de los siguientes diagnósticos es el apropiado:

1. Depresión mayor.
2. Trastorno Bipolar II.
3. Trastorno de adaptación.\*
4. Distimia.
5. Ciclotimia.

**MIR 14 (10386):** Hombre de 42 años, casado, con tres hijos menores de edad. Sin antecedentes psiquiátricos. Tras un ERE en el banco en que trabajaba, es finalmente despedido y lleva 5 meses de paro. No encuentra otra actividad laboral. Acude a consulta con el siguiente cuadro clínico: desánimo general, inapetencia, nerviosismo, insomnio, preocupaciones recurrentes sobre su futuro y evitación de actividades socio-familiares. ¿Qué opción diagnóstica de las siguientes es la más adecuada?

1. Trastorno obsesivo.
2. Trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos.\*
3. Fobia social.
4. Distimia.
5. Ansiedad con agorafobia.

## 8. Trastorno de ansiedad secundario

### ENFERMEDADES SOMÁTICAS

#### Endocrinas:

- Hipertiroidismo(causa más frecuente ansiedad 2º)
- Tirotoxicosis
- Hiperparatiroidismo
- Feocromocitoma, Síndrome carcinoide
- Hipoglucemia
- Diabetes
- Insulinoma
- Enfermedad de Cushing

#### Metabólicas:

- Porfiria aguda intermitente

#### Cardiovasculares:

- Angina, Infarto de miocardio
- Taquicardia supraventricular paroxística, Arritmias

#### Respiratorias:

- Embolismo Pulmonar, Asma, EPOC

#### Neurológicas:

- Accidente cerebrovascular, Demencia

### FACTORES TÓXICOS

#### Fármacos:

- Hormonas tiroideas
- Efedrina
- Levodopa
- Anticolinérgicos
- Corticosteroides
- Broncodilatadores
- Psicoestimulantes (anfetaminas...)
- Retirada de BZD y otros sedantes (barbitúricos)

#### Drogas y otras sustancias químicas:

- Nicotina
- Cafeína
- Anfetaminas
- Cocaína
- Abstinencia a depresores del SNC (alcohol, opiáceos...)

## 9. Trastornos somatomorfos y trastornos disociativos

### 9.1. Introducción

- Trastorno mental caracterizado por una gran variedad de síntomas somáticos y síntomas mentales.
- Más frecuente en mujeres: x3.
- Se distinguen:
  - Trastornos somatomorfos.
  - Trastornos disociativos.

### TRASTORNOS SOMATOMORFOS

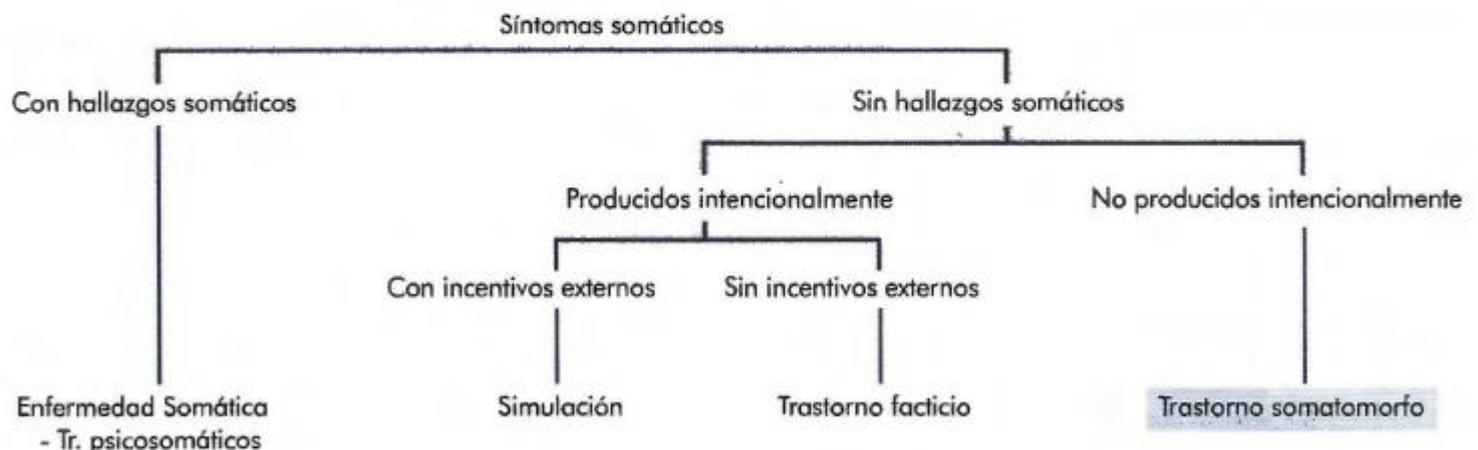
Síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica. No existen hallazgos orgánicos demostrables. Es presumible una ligazón a conflictos o factores psicológicos: no intencionada.

### TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Alteración de las funciones integradoras de:

- La conciencia.
- La identidad.
- La memoria.
- La percepción del entorno.

### 9.2. Trastornos que cursan con síntomas somáticos





**TRASTORNO FACTICIO:**

**Síndrome de Münchhausen:**

- Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (por ej. ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).
- Existe un Munchausen "por poderes", en el que el enfermo emplea a un niño como paciente sustituto.

**TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS:**

- La enfermedad no habría llegado a producirse si no existieran factores psicosociales, y estos influyen en fases de empeoramiento.
- Algunas de las enfermedades influenciadas por factores psicológicos son:
  - Enfermedad coronaria.
  - Hiperventilación y ataques asmáticos.
  - Propensión a infecciones por disminución de las defensas.
  - Colon irritable, Crohn.
  - Psoriasis, hiperhidrosis, urticaria.

**9.3. Trastornos somatomorfos**

- Síntomas somáticos sin hallazgos médicos.
- No hay intencionalidad.
- A menudo se relacionan con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad y/o el abuso de sustancias.
- TIPOS:
  - TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.
  - TRASTORNO POR DOLOR.
  - DISMORFOFOBIA.
  - HIPOCONDRIA.
  - TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

**TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

Llamado síndrome de Briquet.

**EPIDEMIOLOGÍA:**

- Se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años (al menos 2).
- Más frecuente en mujeres (relación 5:1).
- Los pacientes presentan sus síntomas de una forma dramática y exagerada.
- Suele desencadenarse en personas con dificultad para expresar verbalmente sus emociones.
- A medida que la relación con el médico progresa aparece dependencia marcada e insaciable.
- Curso crónico, fluctuante.

**DIAGNÓSTICO:**

Deben cumplirse todos, aunque no simultáneamente:

- 4 síntomas dolorosos: dolor de 4 zonas diferentes:
  - cabeza
  - abdomen
  - espalda
  - articulaciones...
  - menstruación, coito, micción...
- 2 síntomas gastrointestinales: distintos al dolor:
  - náuseas
  - distensión abdominal...
- 1 síntoma sexual: distinto al dolor:
  - indiferencia sexual
  - disfunción eréctil
  - menstruación irregular, pérdidas menstruales excesivas
  - vómitos durante el embarazo...
- 1 síntoma pseudo-neurológico: distinto al dolor:
  - parálisis
  - afonía
  - ceguera
  - alucinaciones, amnesia...

- Rechazo continuado del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos de que no existe causa orgánica que explique los síntomas somáticos.

**TRATAMIENTO:** No existe tratamiento específico (evitar yatrogenia médica y exploraciones innecesarias). Psicoterapia.

**TRASTORNO POR DOLOR**

**EPIDEMIOLOGÍA:**

- Se suele iniciar entre la cuarta y la quinta década.
- Más frecuente en mujeres (relación 2:1).

**DIAGNÓSTICO:**

- Preocupación por dolor en uno o más lugares sin hallazgos físicos que los expliquen.
- El dolor es el síntoma principal del cuadro clínico, y tiene la gravedad suficiente para merecer atención médica.
- En estos sujetos el dolor produce incapacidad para ir a trabajar o ir a la escuela; utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, problemas de tipo relacional (conflictos matrimoniales o alteración de la vida familiar) y transformación del dolor en el asunto central de la vida.
- Se requiere que el dolor persista por lo menos 6 meses y no pueda explicarse sobre la base de una alteración fisiológica o trastorno físico. Se recoge el trastorno con el nombre de dolor somatomorfo persistente.
- Tipos:
  - Agudo si < 6 meses.
  - Crónico si > 6 meses.

**TRATAMIENTO:** Antidepresivos tricíclicos o ISRS en dosis menores que el tratamiento antidepresivo.

**MIR 02 (7395):** Mujer de 21 años, casada y con un hijo de 14 meses de edad. A raíz de un accidente laboral sufrido hace un año (una máquina con la que trabaja le produjo un arranque de cabello y cuero cabelludo de 5 cm de diámetro en la región temporal izquierda), comenzó a sufrir un dolor muy intenso localizado en la zona afectada y que persistía varios meses después de la curación y restitución "ad integrum" de la herida. La intensidad con la que vivencia el dolor le impide realizar su trabajo habitual e incluso ocuparse del cuidado de su hijo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable según la CIE-10?

- Trastorno disociativo (de conversión) (F44).
- Trastorno de somatización (F 45.0)\*
- Reacción a estrés grave sin especificación (F 43.9).
- Reacción a estrés agudo (F 43.0).
- Simulación (Z 76.5).

**TRASTORNO DISMÓRFICO (DISMORFOFOBIA)**

- Preocupación excesiva (pero no delirante) por alguna característica (por ej. olor corporal) o defecto imaginario en el aspecto físico.
- No existe déficit cognitivo.
- Generalmente centrado en los rasgos faciales de un individuo aparentemente normal.
- Capaz de provocar marcado malestar o deterioro social o laboral.
- La preocupación es claramente excesiva.
- No se debe a otro trastorno mental (ej.: anorexia).
- Es habitual que se asocie con:
  - Ideas de referencia, los demás perciben y comentan la deformidad del sujeto.
  - Comprobaciones delante del espejo.
  - Intentos de ocultar la deformidad con maquillaje, ropa.
  - Evitación de actividades sociales.
  - Intentos de suicidio.
- Se suele iniciar entre los 15 y 30 años.
- Ligeramente más frecuente en mujeres (relación cercana a 1:1).
- Curso continuo con pocos intervalos sin síntomas.
- La parte del cuerpo en la que se centra la preocupación puede ser siempre la misma o variar.



- En el 90% de los casos se observan episodios depresivos mayores a lo largo de la vida, el 70% trastornos ansiosos y el 30% trastornos psicóticos.
- El trastorno dismórfico corporal también se puede asociar al TOC.
- La CIE-10 lo incluye en los trastornos hipocondríacos.

**TRATAMIENTO:**

- ISRS a dosis altas y periodos prolongados.
- Psicoterapia.



**MIR 00 FAMILIA (6626):** Una mujer de 25 años es enviada al psiquiatra por un cirujano plástico debido a que afirma constantemente que tiene hinchada una parte de la cara. El cirujano no ha podido comprobar en ningún momento esta afirmación. El diagnóstico más probable es de:

1. Simulación.
2. Bulimia nerviosa.
3. Trastorno de conversión.
4. Trastorno de somatización.
5. Trastorno dismórfico corporal.\*

**MIR 09 (9211):** Señalar en cuál de los siguientes trastornos **NO** se observa déficit cognitivo:

1. Esquizofrenia.
2. Trastorno bipolar.
3. Pseudodemencia.
4. Depresión unipolar.
5. Trastorno dismórfico corporal.\*

**HIPOCONDRIA**

- Preocupación y miedo de padecer una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de signos y síntomas fisiológicos.
- Actitud patológica hacia el propio funcionamiento corporal.
- Negatividad de las pruebas complementarias.
- Duración de al menos 6 meses.
- NO delirante.
- Genera malestar continuado y/o invalidez social.
- El paciente solicita continuas exploraciones médicas, para detectar la posible enfermedad que subyace a sus síntomas: "Doctor-shopping".
- No son partidarios de medicaciones, ya que se preocupan mucho de los posibles efectos secundarios.
- Inicio entre los 20 y 30 años (puede aparecer a cualquier edad). Igual de frecuente en hombres y mujeres.
- Curso crónico con altibajos.
- Se asocia con trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos somatomorfos.

**TRATAMIENTO:**

- Antidepresivos ISRS.
- Terapias de modificación cognitiva.

**MIR 97 (5328):** Señale cuál de las características siguientes **NO** es propia del trastorno hipocondríaco:

1. Preocupación persistente por tener una enfermedad grave no detectada por el médico.
2. Abuso de medicamentos a pesar del incumplimiento de las prescripciones médicas.\*
3. Solicitud de continuas exploraciones médicas para confirmar o descartar la enfermedad que subyace a los síntomas y molestias físicas.
4. Presentación tanto en varones como en mujeres sin acompañarse de características familiares especiales.
5. Preocupación por los efectos adversos de los medicamentos prescritos, hasta el punto de consultar a un segundo profesional.

**MIR 04 (7291):** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trastornos somatomorfos **NO** es correcta?:

1. El trastorno de somatización suele desencadenarse en personas con dificultad para expresar verbalmente sus emociones.
2. El trastorno por dolor es una enfermedad que puede llegar a ser incapacitante.
3. La hipocondría es el miedo a contraer o padecer una enfermedad. Si esta idea cumple criterios de idea delirante no se diagnosticaría de hipocondría sino de trastorno delirante.
4. Al igual que el trastorno facticio, los trastornos somatomorfos se caracterizan por una producción deliberada de uno o un conjunto de síntomas.\*
5. Los trastornos somatomorfos se relacionan con frecuencia con los trastornos de personalidad y abuso de sustancias.

**MIR 09 (9207):** Señale cuál de los siguientes trastornos **NO** es reconocido en el DSM-IV-TR como trastorno somatomorfo:

1. Trastorno de conversión.
2. Trastorno de despersonalización.\*
3. Hipocondría.
4. Trastorno dismórfico corporal.
5. Trastorno por dolor.

**TRASTORNO DE CONVERSIÓN**

- Neurosis histérica de conversión.
- Caracterizado por  $\geq 1$  síntoma pseudoneurológico (actividad motora o sensorial): afasia, ceguera, sordera, parálisis, contracturas, diplopia, anestias, debilidad, afonía, equilibrio).
- El inicio o exacerbación se precede de conflictos psicológicos o acontecimientos estresantes.
- La remisión suele ocurrir en menos de 2 semanas.
- Actitud dramática. Sugestionables.
- Belle indifferente: sin aparente repercusión.
- No voluntario pero ganancia secundaria.
- Edad de inicio más entre los 10 y los 35 años.
- Más frecuente en mujeres.
- Niveles socioeconómicos bajos y población rural.

La **CIE-10** considera la conversión como un trastorno disociativo y distingue según los síntomas entre: estupor disociativo, trastorno disociativo de la motilidad, convulsiones disociativas, anestesia y pérdidas sensoriales disociativas.

**TRATAMIENTO:**

- No existe tratamiento específico.
- Psicoterapia.
- BZD de forma aguda.



MIR 01 (7136): Se presenta a la consulta una mujer de 36 años que cuenta, con cierta indiferencia que ha perdido visión de forma brusca en los dos ojos. Durante el interrogatorio se constata que esto ocurrió hace 4 horas, cuando una amiga con la que se iba a ir de viaje de placer le dijo que por fin no podía ir. La exploración por lo demás resulta anódina y en la anamnesis se recoge un episodio de anestesia en un brazo hace 1 año. ¿Qué patología, de entre las siguientes, es más probable que presenta la paciente?:

1. Trastorno de conversión.\*
2. Trastorno facticio.
3. Trastorno de somatización.
4. Simulación.
5. Trastorno por estrés agudo.

MIR 11 (9688) Mujer de 52 años que acude a urgencias con una parálisis bilateral de las extremidades superiores que se había instaurado de manera brusca dos horas antes. En la entrevista se muestra risueña y verbaliza no entender por qué sus familiares están tan preocupados. La familia refiere que el día anterior su hijo había sido detenido por la policía por tráfico de drogas y todavía no había podido contactar con él. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Trastorno facticio.
2. Trastorno delirante.
3. Hipocondriasis.
4. Trastorno depresivo mayor.
5. Trastorno conversivo.

MIR 13 (10222): ¿Cuál de los siguientes factores NO se asocia a buen pronóstico del trastorno de conversión?

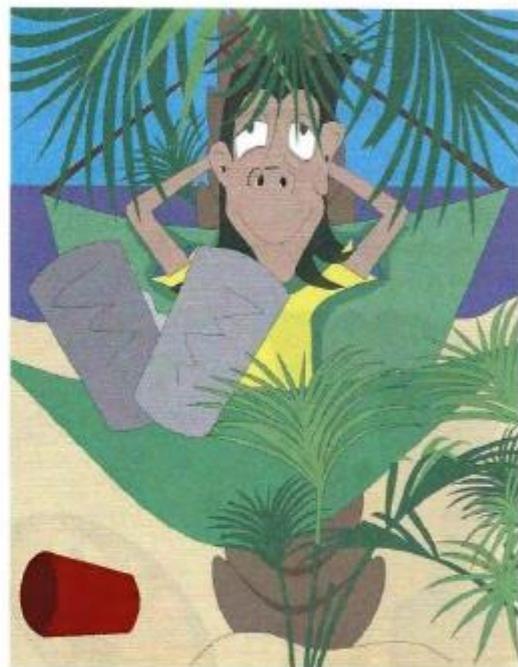
1. Inicio agudo.
2. Presencia de factores estresantes claramente identificables al inicio de la enfermedad.
3. Cociente intelectual alto.
4. Ausencia de otros trastornos psiquiátricos y procesos legales.
5. Presencia de convulsiones y temblores.\*

## 9.4. Trastornos disociativos

- Pérdida del sentido unitario de la conciencia.
- Síntomas psíquicos no congruentes con las enfermedades habituales.
- No producidos intencionalmente.
- Aparición súbita y duración breve (días, semanas).
- Carecen de causa orgánica. Se cree que son de origen psicógeno por su relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes.
- Tratamiento: disminuir las ganancias del estado patológico y psicoterapia. Los fármacos son poco útiles (si acaso BZD vida media larga).
- TIPOS:
  - FUGA DISOCIATIVA.
  - AMNESIA DISOCIATIVA.
  - IDENTIDAD DISOCIATIVA.
  - DESPERSONALIZACIÓN.

### FUGA DISOCIATIVA

- Pérdida de la identidad personal: fuga psicógena.
- Viaje repentino e inesperado lejos del hogar, con incapacidad para recordar alguna parte o la totalidad del pasado del individuo.



- Se acompaña de confusión sobre la identidad personal y en ocasiones nueva identidad.
- Inicio súbito, tras acontecimientos traumáticos o estresantes (discusión).
- Dura horas, días o incluso meses.
- Habitualmente son episodios únicos.
- Tras la recuperación no se recuerda lo sucedido en la fuga.
- Es poco frecuente. Se da más en guerras y desastres naturales.

### AMNESIA DISOCIATIVA

- Amnesia psicógena.
- Es el trastorno disociativo más frecuente.
- Incapacidad para recordar informaciones personales importantes, demasiado extensa para explicarse por olvido ordinario.
- No es debida a los efectos de una sustancia ni a una enfermedad médica.
- Recuperación suele ser rápida, brusca y completa.



- Se han descrito varios tipos:
  - Amnesia localizada: El individuo no puede recordar acontecimientos que se han producido durante un periodo de tiempo circunscrito, por lo general en las primeras horas que siguen a un acontecimiento profundamente turbador.
  - Amnesia selectiva: El individuo puede recordar algunos (aunque no todos) los acontecimientos que se han presentado durante un periodo de tiempo circunscrito.



- **Amnesia generalizada:**  
La imposibilidad de recordar abarca toda la vida del individuo.
- **Amnesia continua:**  
Imposibilidad para recordar acontecimientos que han tenido lugar desde un acontecimiento determinado hasta la actualidad.
- **Amnesia sistematizada:**  
Es una pérdida de memoria para ciertos tipos de información, como los recuerdos relacionados con la propia familia o con alguien en particular.

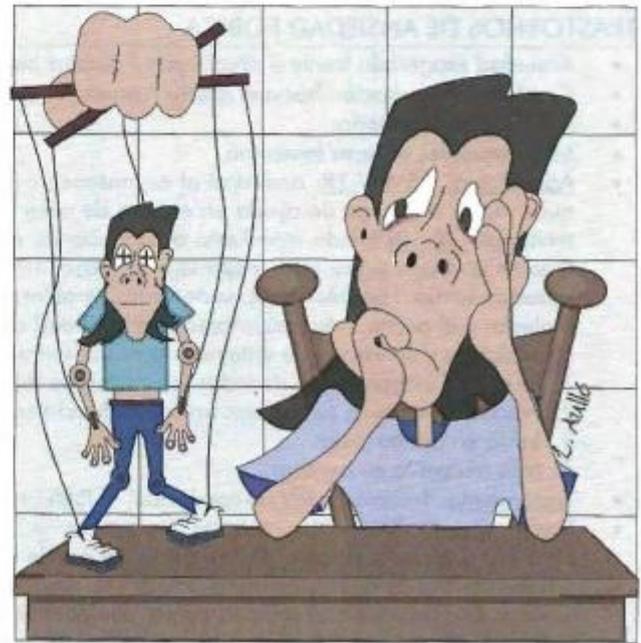
### TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

- La llamada **personalidad múltiple**.
- Muy raro.
- Caracterizado por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad en la misma persona de forma que cada una controla de forma recurrente y súbita la conducta del sujeto un cierto tiempo.
- Amnesia disociativa: incapacidad para recordar información personal importante.
- Cada personalidad se vive como una historia personal, una identidad e incluso un nombre distintos.
- Más frecuente en mujeres.
- Una personalidad no tiene conciencia de la otra. Salto repentino de una a otra.
- Con frecuencia se desencadena por un acontecimiento estresante. Curso fluctuante que tiende a ser crónico.
- El más grave de los trastornos disociativos.



### TRASTORNO POR DESPERSONALIZACIÓN

- Sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo, el paciente se siente como un autómeta.
- Sensación de ser un observador externo de sí mismo, con sensación de pérdida de control de sus actos incluyendo el habla.
- Juicio de realidad preservado.
- No existe amnesia.
- Para constituir un trastorno por despersonalización, ha de producirse de forma repetida.
- Pueden aparecer en otros trastornos mentales: crisis de angustia, esquizofrenia, uso de sustancias, epilepsia temporal, traumatismo craneal...
- Suele acompañarse de vivencias de desrealización, que consiste en: alteración de la percepción del ambiente que rodea al individuo, de forma que se pierde el sentido de la realidad.



MIR 91 (3063): Un joven de 21 años experimenta episodios en los que se ve como observador de su propio cuerpo, un autómeta que hubiera perdido el control sobre las propias funciones, junto a una intensa ansiedad. El cuadro se repite sin otros síntomas, por lo que se debe diagnosticar de:

1. **Trastorno de despersonalización.\***
2. Esquizofrenia de tipo hebefrénico.
3. Crisis de pánico histeriformes.
4. Dismorfia.
5. Trastorno esquizoafectivo.



## RESUMEN DE TR. DE ANSIEDAD, SOMATOMORFOS Y DISOCIATIVOS

- **Ansiedad:** estado de activación del SNC por el que el organismo se prepara para hacer frente a una situación "extraordinaria".
- **Ansiedad normal:** respuesta a estímulos externos potencialmente peligrosos. Adaptada en intensidad y tiempo y genera una respuesta adecuada.
- Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes (prevalencia-vida en población general superior al 10%). Más frecuentes en el sexo femenino. Las posibilidades de aparición disminuyen con la edad (MIR).
- Comorbilidad frecuente con trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y consumo de sustancias.
- Con frecuencia curso crónico con periodos de mejoría y otros de empeoramiento.
- **Síntomas de ansiedad:**
  - Físicos: hiperactivación simpática (taquicardia, palpitaciones, disnea, sensación de ahogo, mareos, inestabilidad, sudor, enrojecimiento, escalofríos, calor, náuseas, diarreas, parestesias...)
  - Psíquicos: activación locus coeruleus / corteza cerebral (nerviosismo, inquietud, miedo a perder el control, aprensión, ansiedad "flotante", despersonalización, desrealización...).

## 1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA

- Ansiedad exagerada frente a situaciones / objetos bien definidos y externos, generalmente no peligrosos.
- Conductas de evitación hacia el objeto / situación que produce ansiedad (MIR).
- Ansiedad anticipatoria.
- Más frecuentes en sexo femenino.
- **Agorafobia: DSM-IV-TR:** ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones de las que puede ser difícil escapar, o en las que quizá no se disponga de ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico. Las actividades socio-laborales están severamente limitadas **CIE-10:** Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar solo, viajar lejos de casa. Tiene que haber al menos dos de los siguientes síntomas al enfrentarse a la situación temida: palpitaciones, sudoración, temblor, sequedad de boca, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar e el pecho, náuseas, mareo, inestabilidad o desvanecimiento, sensación de perder el control, miedo a morir, sofocos o escalofríos y sensación de entumecimiento u hormigueo.
  1. Es el más incapacitante de todos los trastornos fóbicos.
  2. Frecuentemente se asocia con trastorno de pánico.
  3. Inicio en adulto joven.
  4. Más frecuente en mujeres.
- **Tratamiento:** Terapia cognitivo-conductual + ISRS (+/- BZD), un tiempo no inferior a 6-12 meses.
- **Fobia social:** Temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público (MIR). El miedo a ser enjuiciado por otras personas puede surgir dentro de un grupo relativamente pequeño (en agorafobia temor a situaciones donde hay multitudes). Tímido "de modo patológico" (la fobia social genera discapacidad, la timidez no). La exposición a estas situaciones sociales puede provocar una crisis de pánico. Pueden ser restringidas (algunas actividades sociales) o difusas (todas las actividades sociales). Las actividades típicamente temidas son: comer, beber, hablar, escribir en público.
  - Mayor grado de incapacidad en la fobia social difusa.
  - Inicio en adolescencia.
  - Hombres ≈ Mujeres.
- **Tratamiento:** Terapia cognitivo-conductual + ISRS
- **Fobia específica (simple):** Miedo marcado ante un objeto o situación específica (MIR).
  - Grado de incapacidad variable (depende del objeto / situación temida).
  - Los trastornos de ansiedad más frecuentes (pero generan una menor demanda).
  - Inicio infancia / adolescencia.
  - Más frecuente en mujeres.
- **Tratamiento:** Terapia cognitivo-conductual (BZD, Beta-bloqueantes)

## 2. ATAQUES DE PANICO (CRISIS DE ANGUSTIA)

Episodios súbitos de descarga neurovegetativa de 15-30 min. de duración, con intenso agobio y sensación de muerte inminente. Para hacer el diagnóstico se necesitan al menos 4 síntomas entre los siguientes: (6MIR)

Palpitaciones, sudoración, temblores, boca seca, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas, inestabilidad, despersonalización o desrealización, miedo a perder el control, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones.

- **Tipos de ataques de pánico:**
  - **Inesperados:** surgen sin motivo desencadenante. Características del trastorno de pánico.
  - **Situacionales:** aparecen por anticipación o tras exposición a estímulos o desencadenantes ambientales. Características de fobias específicas y fobia social, TOC, trastorno de estrés postraumático...
  - **Más o menos relacionados:** tienen más probabilidades de aparecer si la persona se expone a ciertos desencadenantes, aunque no siempre existe asociación con el estímulo, ni siempre aparece tras exponerse al mismo
- **Tratamiento:** En la fase aguda: alprazolam. Como tratamiento de fondo: ISRS (+/- alprazolam).

## 3. TRASTORNO DE PANICO (TRASTORNO DE ANGUSTIA) O ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISODICA

- Crisis imprevisibles de ansiedad grave -pánico- (para diagnóstico de trastorno de pánico, deben de producirse varios ataques durante el período de un mes; si frecuencia menor: ataques de pánico (MIR) no asociadas a situaciones o circunstancias particulares).
- Es necesario para el diagnóstico que al menos al principio sean espontáneas (MIR), aunque luego puedan ser facilitadas por ciertas situaciones.
- Es muy frecuente la aparición de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de pánico (ansiedad anticipatoria) o bien de cambios en el comportamiento relacionados con las crisis (MIR).



- Duración limitada (generalmente 15-30 minutos).
- Pueden aparecer conductas de evitación (= agorafobia). Cuando aparece agorafobia, suele hacerlo el primer año, pero no siempre aparece (MIR).
- Existe influencia genética en la aparición del trastorno de angustia.
- Es el trastorno de ansiedad que más frecuentemente demanda tratamiento.
- Inicio en adulto joven (MIR).
- Más frecuente en mujeres.
- **Tratamiento:** En la fase aguda: alprazolam (sólo yugula las crisis). Como tratamiento de fondo: ISRS (+/- alprazolam) (MIR).

#### 4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- Ansiedad persistente y preocupación excesiva, no asociadas a ninguna circunstancia concreta (ansiedad libre "flotante") de larga duración y curso fluctuante.
- Para hacer el diagnóstico se precisan 3 de los siguientes criterios durante al menos 6 meses: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sueño no reparador). Puede haber síntomas somáticos similares a las crisis de angustia pero menos intensos.
- El individuo se encuentra limitado en los planos: social, laboral... En la fase crónica puede aparecer: tristeza, apatía, desinterés... (síntomas cercanos a la depresión).
- Inicio en adulto joven.
- Más frecuente en mujeres.
- **Tratamiento:** Psicoterapia cognitivo-conductual + Fármacos (ISRS, BZD, buspirona, nuevos antiepilépticos).

#### 5. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

- **Obsesiones:** Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como intrusas o inapropiadas y causan malestar o ansiedad (MIR, MIR). El sujeto reconoce esos pensamientos como propios (en los trastornos esquizofrénicos serían: ajenos, impuestos) e irracionales / absurdos (MIR, MIR). Es un pensamiento ajeno al control del sujeto (MIR, MIR).
- **Compulsiones:** Conductas o actos mentales repetitivos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión para aliviar la ansiedad (MIR). En muchas ocasiones las compulsiones son independientes de la obsesión que las genera (MIR).
- El CIE-10 denomina obsesiones a todos los actos mentales y compulsiones a las conductas. Los actos compulsivos más frecuentes son los rituales de limpieza y las comprobaciones (MIR). Esporádicamente presentan episodios angustiosos de gran intensidad (MIR).
- Para poder diagnosticar TOC debe haber obsesiones, compulsiones o ambas durante al menos 2 semanas. Este binomio obsesión-compulsión, causa pérdidas de tiempo significativas (más de 1 hora al día) lleva al sujeto a la sensación de fracaso y pérdida de la autoestima (MIR).
- Es el más grave de todos los trastornos de ansiedad.
- Inicio en adolescencia.
- Hombres ≈ Mujeres.
- **Tratamiento:** Fármacos en dosis elevadas (1ª elección: ISRS (MIR), 2ª elección: Clorimipramina + Psicoterapia cognitivo-conductual. Psicocirugía si fracasan todas las pautas terapéuticas.
- **Espectro obsesivo-compulsivo:** incluye impulsión y compulsión como fenómenos opuestos en un continuum (MIR)
  - Impulsividad: compulsiones sexuales, piromanía, cleptomanía, tricotilomanía, ludopatía, personalidad cluster B, tics, comportamientos autolesivos, atracones de comida
  - Compulsividad: TOC, hipocondría, dismorfofobia, AN, despersonalización
- **Personalidad psicosténica:** Caracterizada por la tendencia a los automatismos psíquicos. Estos pacientes presentan: Dificultad de decisión, de ejecución, juicios inestables, dudas... Son rasgos propios de enfermos neuróticos, especialmente obsesivos (MIR).

#### 6. REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

- Consecuencia directa de estrés agudo grave o situación traumática sostenida. En su ausencia no hay trastorno.
- La vulnerabilidad y predisposición personal juega un papel importante.
- Inicio: cualquier edad.
- **Reacción a estrés agudo:** Trastorno transitorio respuesta a un estrés físico / psicológico excepcional (catástrofes naturales, accidentes, guerra, atracos, violaciones...) (en las fobias el desencadenante no es en principio peligroso).
  - Relación temporal clara e inmediata entre agente estresante y aparición de síntomas.
  - Mayor riesgo de aparición en adultos jóvenes y mujeres.
  - Embotamiento psíquico o anestesia emocional.
  - Desaparición en 2/3 días.
  - Puede existir amnesia total / parcial del suceso.
- **Trastorno de estrés posttraumático:** Trastorno producido como respuesta tardía (período de latencia de semanas / meses) tras la exposición a un estrés ambiental desbordante. Se caracteriza por:
  - **Re-experimentación del acontecimiento** (MIR)
  - **Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la actividad general** del individuo: amnesia psicógena de algún aspecto del trauma (MIR), sensación de acortamiento de futuro (MIR), embotamiento psíquico o anestesia emocional (MIR), restricción de la vida afectiva (MIR).
  - **Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) o grado de alerta:** ataques de ira (MIR), dificultad de concentración, dificultad para conciliar el sueño o insomnio de mantenimiento (MIR).
  - **Tratamiento:** Psicoterapia cognitivo-conductual + ISRS.
- **Trastorno de adaptación:** Malestar subjetivo + alteraciones emocionales en período de adaptación a cambio biográfico o acontecimiento vital estresante (duelo, separación, emigración...).
  - Relación temporal clara con desencadenante y duración del trastorno menor de 6 meses.
  - Humor depresivo, ansiedad, incapacidad para afrontar problemas, afrontar rutina, para planificar futuro.
  - Inicio más frecuente en la adolescencia.
  - Más frecuente en mujeres.



- **Tratamiento:** Psicoterapia cognitivo-conductual +/- Fármacos (ISRS, BZD)

## 7. TRASTORNO DE ANSIEDAD SECUNDARIO

- Causa más frecuente de ansiedad secundaria: hipertiroidismo (MIR).
- Todas las drogas pueden producir ansiedad:
  1. Los psicoestimulantes mientras se consumen
  2. Las depresoras en la abstinencia

## 8. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Aparecen síntomas somáticos sin hallazgos médicos que los justifiquen. No hay intencionalidad (MIR). A menudo se relacionan con los trastornos de la personalidad y / o de abuso de sustancias (MIR).

- **Trastorno por somatización (Síndrome de Briquet):** Se inicia antes de los 30 años, se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor. Sigue un curso crónico y fluctuante. Suele desencadenarse en personas con dificultad para expresar verbalmente sus emociones (MIR). Más en mujeres. La CIE-10 exige duración temporal de al menos 2 años.
- **Trastorno por dolor:** Preocupación por dolor en uno o más lugares sin hallazgos físicos que expliquen su presencia o intensidad (MIR). Puede llegar a ser incapacitante (MIR). Más frecuente en mujeres.
- **Trastorno dismórfico:** Preocupación claramente excesiva por algún defecto imaginario en el aspecto físico de un individuo aparentemente normal. Aproximadamente misma frecuencia entre varones y mujeres (MIR). Provoca un marcado malestar o deterioro social o laboral.
- **Hipocondría:** Temor o creencia de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de signos y síntomas físicos como prueba de enfermedad somática (MIR). Si la idea de padecer una enfermedad cumple criterios de idea delirante se debe de hacer el diagnóstico de trastorno delirante (MIR). Se considera una actitud patológica hacia el propio funcionamiento corporal (MIR). Dura 6 meses por lo menos. Persiste a pesar de las explicaciones médicas. Estos pacientes solicitan continuas exploraciones médicas para descartar distintas afecciones. Son reacios a tomar fármacos por sus posibles efectos secundarios (MIR). Misma frecuencia entre varones y mujeres. Existe disforia asociada.
- **Trastorno de conversión:** Presencia de uno o más síntomas pseudoneurológicos (parálisis, ceguera, mutismo, parestesias...) que aparecen en relación temporal con un estrés psicosocial (MIR). "Belle indifference".

## 9. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Alteración de las funciones integradoras de identidad, memoria, percepción del entorno o la conciencia.

- **Fuga disociativa:** viaje inesperado y repentino fuera del hogar asumiendo una nueva identidad. Amnesia de lo ocurrido tras la recuperación.
- **Amnesia disociativa:** es el trastorno disociativo más frecuente, consiste en imposibilidad para recordar información personal importante tras acontecimientos traumáticos o estresantes.
- **Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple).** Es el más grave.
- **Trastorno por despersonalización:** Experiencias recurrentes despersonalización manteniendo intacto el correcto enjuiciamiento de la realidad (no amnesia como en el resto de disociativos), habitualmente se acompaña de desrealización.
  - **Despersonalización:** Los pacientes se ven a si mismos como observadores de su propio cuerpo, con la sensación de que han perdido el control sobre sus funciones: movimientos, lenguaje..., lo que genera mucha ansiedad (MIR).
  - **Desrealización:** Se muestra cambiado el sentido de la realidad externa, no se reconoce el lugar donde está.
- **Tratamiento:** Disminuir las ganancias del estado patológico, en fases agudas: técnicas sugestivas, en fases crónicas: psicoterapia. Escasa eficacia de los fármacos (BZD).



- Disfunción de los ejes hipotálamo-hipófiso-adrenal/gonadal.

**Factores psicológicos:**

- Personalidad: hiperresponsables, eficaces, introvertidos, dificultad para establecer relaciones, perfeccionistas.

**Factores culturales:**

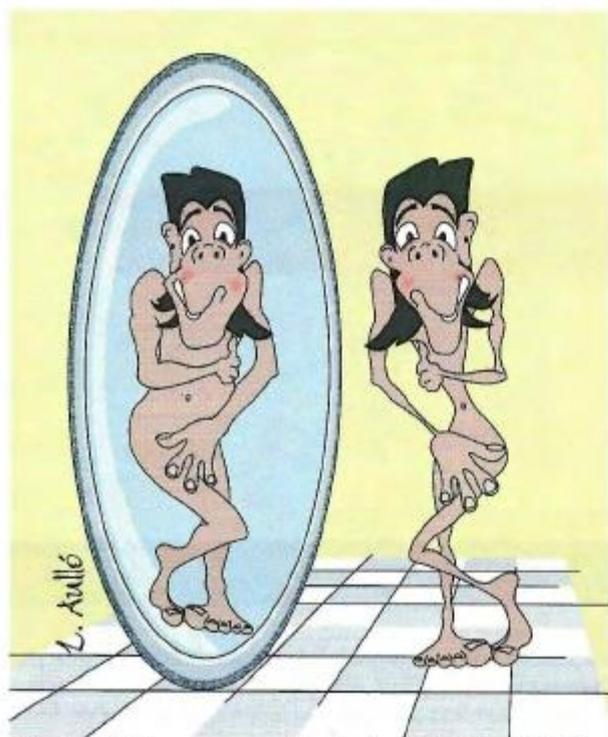
- Búsqueda del estereotipo social de éxito femenino.
- Profesiones con necesidad de mantener bajo peso o relacionadas con la estética: ballet, gimnastas, modelos.

**EPIDEMIOLOGÍA:**

- Afecta fundamental aunque **no** exclusivamente a **mujeres entre los 10 y 30 años.**
  - Mujeres: 85% de los casos. Varones: 15%.
- Inicio más frecuente está entre los 12-16 años.
- Prevalencia: 0.5%-1% de las adolescentes.

**ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS:**

- **Alteración de la percepción de la imagen corporal** (dismorfofobia). Percepción delirante de su propio cuerpo. Es el síntoma más significativo.



La distorsión de la imagen corporal es la alteración psicopatológica más significativa de anorexia nerviosa.

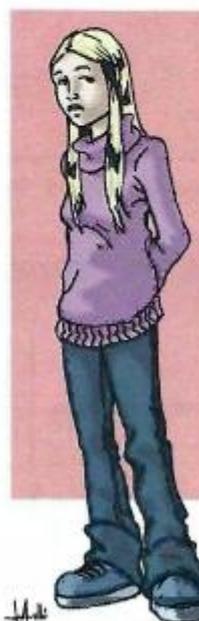
- Miedo morboso a engordar.
- Preocupación persistente por ingesta, peso e imagen.
- Síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo ya sea en relación con la comida o no.

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:**

- Rechazo a mantener un **peso corporal** igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- **Miedo intenso a ganar peso** o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- **Alteración de la percepción del peso o silueta corporales**, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea.
- **Tipos:**
  - **Tipo compulsivo / purgativo:** recurre regularmente a atracones o purgas (por ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
  - **Tipo restrictivo:** no recurre regularmente a atracones o purgas (sino a reducción de la ingesta o ejercicio físico muy intenso).

**Otras características:**

- Inicio en la **pubertad.**
- Procuran comer solas, esconden la comida que no comen, minimizan el hambre y su delgadez (llevan ropas amplias).
- Además de dietas rigurosas pueden utilizar laxantes, diuréticos, anorexígenos o se provocan el vómito.
- Hiperactividad, tanto en el terreno académico, laboral o físico.
- Hasta **50%** presentan episodios de bulimia.
- Niegan la enfermedad o la reconocen con vivencia de incapacidad para superarla.



Visten ropas amplias para ocultar su delgadez

**COMPLICACIONES MÉDICAS:**

- **Amenorrea:** si pérdida de peso superior al 15%. Si es superior a 6 meses puede dar lugar a osteopenia irreversible y fracturas (**si amenorrea secundaria de más de 6 meses realizar densitometría ósea**). Es **necesaria para el diagnóstico.**
- **Descenso de la actividad simpática y del eje tiroideo** (disminución del gasto energético total):
  - Disminución del metabolismo basal.
  - Bradicardia (< 60 lpm).
  - Disminución frecuencia respiratoria.
  - Hipotensión.
  - Hipotermia e intolerancia al frío.
- **Alteraciones endocrinas:**
  - **Hipogonadismo hipogonadotrofo** por disfunción hipotalámica (disminución de la FSH y LH con respuesta a la LHRH exógena). Niveles bajos de estrógenos y de gonadotropinas basales (sobre todo LH).
  - En varones testosterona disminuida.
  - Incremento de niveles de GH.
  - **Hipofunción tiroidea** (TSH normal, T4 y T3 disminuidas, **T3 inversa aumentada**, T4 libre normal).
  - Aumento de cortisol por aumento de CRH. **El test de supresión con dexametasona puede ser anormal en el 50% de los casos.**
- **Alteraciones gastrointestinales:**
  - Dilatación gástrica (si hay atracones).
  - Retraso del vaciamiento gástrico.
  - Sensación de plenitud postprandial.
  - Estreñimiento pertinaz.
- **Otros hallazgos frecuentes:**
  - Color de piel amarillento (hipercarotinemia).
  - Sequedad de piel.
  - Lanugo.
  - Edemas (sobre todo al recuperar peso o al dejar laxantes y diuréticos).
- **Psiquiátricas:**
  - Insomnio,
  - Alteraciones del estado de ánimo, disforia e irritabilidad.

cidas (más frecuentes en BN).

- **Complicaciones asociadas al vómito:**
  - Trastornos hidroelectrolíticos (alcalosis hipoclorémica, hipopotasemia –el más peligroso ya que produce arritmias-, hipomagnesemia).
  - Irritación y sangrado gastro-esofágico.
  - Ronquera.
  - Erosión esmalte dental.
  - Inflamación parotídea e hiperamilasemia a expensas del isoenzima salivar. Para evaluar gravedad de vómitos la prueba de laboratorio más útil es el nivel plasmático de amilasa (el nivel de amilasa sérica también es útil para realizar seguimiento de la reducción de episodios de vómitos en pacientes que niegan someterse a episodios de purga).
  - **Signo de Russell:** callosidad en dorso de mano debido a provocación de vómito.
- **Complicaciones asociadas al uso de laxantes:**
  - Acidosis metabólica.
- **Complicaciones neurológicas:**
  - Disminución del umbral convulsivo por los trastornos hidroelectrolíticos.

#### HALLAZGOS DE LABORATORIO:

- **Hemograma:**
  - Leucopenia y anemia normocítica y normocrómica leve.
  - Pancitopenia en casos graves.
- **Bioquímica:**
  - Hiperuricemia (por deshidratación).
  - Disminución de aclaramiento de creatinina (secundario a hipovolemia).
  - Hipercolesterolemia.
  - Aumento de pruebas de función hepática.
  - Alcalosis metabólica (en vómitos).
  - Acidosis metabólica (en abuso de laxantes).
- **Electrocardiograma:**
  - Bradicardia sinusal.

#### EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:

- La mitad recuperan el peso normal. La mejoría en términos de peso es mejor que en términos de función menstrual y estado psicopatológico.
- 20% mejoran pero mantiene peso bajo.
- 20% se cronifican (5% obesidad).
- 5-10% fallecen (desnutrición, arritmias cardíacas o suicidio – más frecuente en BN-).
- **Factores de buen pronóstico:** Inicio en la primera adolescencia (12-16 años), inicio temprano de tratamiento y buen apoyo familiar.
- **Factores de mal pronóstico:** Inicio tardío, conductas purgantes (vómitos, laxantes), presencia de episodios bulímicos, pérdida de peso extrema, comorbilidad psiquiátrica y curso prolongado antes de inicio de tratamiento.

#### TRATAMIENTO:

Es un tratamiento a largo plazo:

- **Psicológico** (psicoterapia cognitivo-conductual y familiar). Es el más importante.
- **Fármacos antidepressivos: ISRS.** Típicamente fluoxetina.

Objetivos del tratamiento:

- **Aumento de peso.**
- **Desaparición de alteraciones psicopatológicas.**
- **Aceptación por parte de la paciente de peso idóneo.**
- **Revertir amenorrea.**

Criterios de hospitalización:

- Desnutrición severa (pérdida de más del 25-30% del peso correspondiente ó IMC < 17).
- Graves alteraciones hidroelectrolíticas o en signos vitales.
- Sintomatología depresiva grave y suicidio.
- Graves alteraciones en dinámica familiar y/o social.
- Falta de motivación, fracaso de tratamiento ambulatorio o rechazo de tratamiento.

**MIR 99 FAMILIA (6106):** Los siguientes criterios son útiles en el diagnóstico de anorexia nerviosa **EXCEPTO** uno. Señálelo:

1. Rechazo a mantener un peso corporal de al menos el 85% del que correspondería a su altura y edad.
2. Gran temor a ganar peso, incluso teniendo un peso inferior al normal.
3. Interés por vestir tallas de ropa más pequeñas de las que corresponderían a sus características antropométricas.\*
4. Alteraciones en la percepción de la imagen corporal propia.
5. Amenorrea en mujeres postmenárquicas.

**MIR 02 (7410)** Mujer de 19 años que consulta por llevar 6 meses sin regla. Se manifiesta preocupada por su sobrepeso, ha estado a dieta y ha perdido 5 kg. en 8 meses. Actualmente pesa 47 Kg (mide 1,65). El test de gestación es negativo. ¿Cuál es la causa más probable de su amenorrea?:

1. Digenesia gonadal.
2. Hipogonadismo hipogonadotropo.\*
3. Síndrome de ovario poliquístico.
4. Himen imperforado.
5. Adenoma hipofisario.

**MIR 04 (7920)** ¿Cuál de las siguientes alteraciones **NO** aparecen en la anorexia nerviosa?:

1. Aumento de los niveles de colesterol que no se relaciona con la ingesta de grasas.
2. Aceleración del vaciado gástrico.\*
3. Disminución del aclaramiento de creatinina secundario a hipovolemia.
4. Alteraciones del EKG que guardan relación con las pérdidas de potasio.
5. Aumento de niveles de hormona del crecimiento.

**MIR 05 (8180):** En las pacientes con anorexia nerviosa que llevan más de un año con amenorrea es necesario practicar:

1. Una densitometría ósea.\*
2. Una determinación de niveles séricos de cortisol.
3. Una determinación de los niveles de prolactina.
4. Un electroencefalograma.
5. Un test de supresión con dexametasona.

**MIR 10 (9442):** Cuál de los siguientes trastornos **NO** es necesario incluirlo en el diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta alimentaria?

1. Trastorno psicótico.
2. Consumo de tóxicos.
3. Diabetes mellitus.
4. Hipotiroidismo.
5. Neoplasias de SNC.

ANULADA

**MIR 12 (9932):** ¿Cuál de los siguientes hallazgos biológicos **NO** es propio en una persona con bulimia nerviosa que presenta episodios de atracones y vómitos autoinducidos?:

1. Peso normal.
2. Hiperpotasemia\*.
3. Hipertrofia parotídea.
4. Sobrepeso.
5. Miocardiopatía.

## 2.2. Bulimia nerviosa

**Ingesta incontrolada** crónica y recurrente de gran cantidad de alimento.

- Asociado a **conductas compensadoras:** inducción del vómito, laxantes, aumento del ejercicio físico, uso de diuréticos, dietas estrictas.

De forma aislada es muy frecuente.

- El síndrome bulímico es más frecuente que la anorexia.
- **No hay disminución de peso ni necesariamente amenorrea,** aunque con frecuencia, las pacientes los presentan.



© Curso Intensivo MIR Asturias

**EPIDEMIOLOGÍA:**

- Predominio femenino.
- La edad de inicio más frecuente son los 15-18 años (ligera-mente más tardío que la AN).
- Prevalencia: 2-4% de mujeres jóvenes (prevalencia en varo-nes 10 veces menor).

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA:**

- **Atracones recurrentes:**
  - Ingesta del alimento en un corto periodo de tiempo (p.ej. 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - Sensación de pérdida de control de sobre la ingesta del alimento.
- **Conductas compensatorias inapropiadas** de manera repeti-da, con el fin de no ganar peso (vómitos, laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo).
- Los atracones y las conductas compensatorias tiene lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- Tipos:
  - **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxan-tes, diuréticos o enemas en exceso.
  - **Tipo no purgativo:** El individuo utiliza otras conductas compensatorias.

**COMPLICACIONES MÉDICAS:**

- 50% presentan alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico por vómitos y abuso de diuréticos y/o laxantes (ver apar-tado AN).
- Dilatación gástrica.
- Trastornos endocrinológicos:
  - Niveles bajos de glucosa e insulina.
  - Elevación de los ácidos grasos libres, ácido betahi-droxibutírico y acetoacetato.
- Muchas veces amenorrea, el 50% presentan ciclos anovu-latorios.

**PSIQUIATRÍA:**

- Los trastornos del estado de ánimo constituyen la alteración psicopatológica más frecuente.
- Son muy frecuentes los trastornos de ansiedad.
- Mayor frecuencia que en la población general de consumo excesivo de alcohol y abuso de sustancias.
- Otras conductas impulsivas (cleptomanía, ludopatía, conduc-tas auto-heteroagresivas, conductas suicidas).
- **Trastornos de la personalidad:** alta incidencia de trastornos límite, histriónico, por evitación y por dependencia. La pre-sencia de un trastorno límite de la personalidad es un factor de peor pronóstico.
- Menos introvertidas que las anoréxicas.
- Suelen reconocer su problema (a diferencia de las anoréxi-cas).
- Tasa de mortalidad menor que en la anorexia nerviosa.

**EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:**

- A mayor tiempo de seguimiento existe un mayor número de curaciones.
- Frecuentemente persisten síndromes parciales que tienden a ir disminuyendo en su sintomatología.
- Factores de buen pronóstico: inicio y tratamiento temprano, buen apoyo familiar, pareja estable, clase social alta.
- Factores de mal pronóstico: desconfianza interpersonal, trastorno de la personalidad u otra comorbilidad psiquiátri-ca, vómitos frecuentes.

**TRATAMIENTO:**

- Psicoterapia y control nutricional. Terapia cognitivo-conductual.
- Fármacos: **ISRS (Fluoxetina) hasta 60 mg/día.**
- La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa de inicio reciente y sin graves trastornos de la personalidad mejoran en 2-4 meses con tratamientos centrados en el consejo nu-tricional y un programa terapéutico cognitivo-conductual.
- Criterios de hospitalización:
  - Alteraciones orgánicas graves.
  - Grave descontrol de impulsos.
  - Conducta suicida.
  - Comorbilidad psiquiátrica grave.

**MIR 02 (7401):** Una paciente de 24 años acude a la urgencia llevada por un familiar por vómitos recidivantes. Padece bulimia nerviosa. ¿Cuál de las pruebas de laboratorio es más útil para evaluar la gravedad de los vómitos?:

1. Nivel de Hemoglobina.
2. Nivel plasmático de Amilasa\*
3. Nivel sérico de Sodio.
4. Nivel plasmático de Calcio.
5. Nivel plasmático de Creatinina.

**MIR 03 (7654):** Lo que básicamente diferencia una bulimia nerviosa de una anorexia nerviosa es:

1. La pérdida de control sobre la comida.\*
2. La preocupación excesiva por la figura y el peso.
3. El ejercicio excesivo.
4. La autoinducción del vómito.
5. La utilización de laxantes.



	AN RESTRICTIVA	AN NO RESTRICTIVA	BULIMIA NERVIOSA
PESO	MUY BAJO	BAJO	NORMAL
PREOCUPACION IMAGEN CORPORAL	MUCHA	MUCHA	MUCHA
IMPULSIVIDAD	NO	SI	MUCHA
INGESTAS BULIMICAS	NO	SI	SI
CONTROL PESO	DIETA / EJERCICIO	DIETA / VOMITOS	DIETA / VOMITOS
PREDISPOSICION OBESIDAD	NO	SI	SI
PSICOPATOLOGIA	++	+++	++++

### 3. Potomanía

- Ingesta excesiva de líquidos, en general agua.
- Suele asociarse a personalidades histéricas.
- Existe riesgo de hiponatremia (con valores de sodio por debajo de 120mEq/l aparece clínica de letargia, contracciones musculares anormales, convulsiones, hasta coma).
- Diagnóstico diferencial con diabetes insípida.



## RESUMEN DE TR. DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- Los trastornos cuantitativos (pica y mericismo) suelen iniciarse en niños pequeños, se asocian con frecuencia a retraso mental.
- Los trastornos cuantitativos aparecen en la adolescencia e inicio de vida adulta.

### 1. ANOREXIA NERVIOSA

#### 1.1. GENERALIDADES:

- Etiopatogenia: factores genéticos, biológicos, psicológicos (hiperrresponsables, eficaces, introvertidos, dificultad para establecer relaciones) y socioculturales (valores estéticos dominantes).
- Epidemiología: Más frecuente en mujeres (sólo 15% de los afectados son varones). Inicio en adolescencia (12-16 años). Afecta fundamentalmente a mujeres entre 10 y 30 años.
- Psicopatología (fundamental):
  - Preocupación persistente por ingesta, peso, imagen corporal (MIR).
  - Miedo morboso a engordar.
  - Alteraciones en la percepción de la imagen corporal.

#### 1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

1. Rechazo a mantener un peso corporal de al menos el 85% del que correspondería a sexo, edad y talla (MIR), o Índice de Quetelet (Índice de Masa Corporal)  $< 17.5$  (MIR).
2. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso (MIR).
3. Alteración de la percepción del peso o silueta corporales (MIR).
4. En las mujeres postpuberales la presencia de amenorrea (que puede aparecer cuando la pérdida de peso es todavía poco importante) (MIR).
  - Para perder peso estas mujeres tienen desde el inicio del cuadro hiperactividad física (MIR), pueden usar laxantes, diuréticos, anorexígenos, o se provocan el vómito (MIR). Minimizan el hambre y la delgadez (llevan ropas amplias) (MIR). Niegan la enfermedad (MIR).
  - La distorsión en la imagen corporal es el síntoma más significativo (MIR). Percepción delirante del propio cuerpo.

#### 1.3. COMPLICACIONES:

- Amenorrea (si dura más de 6 meses puede dar lugar a osteopenia irreversible y fracturas). Si amenorrea secundaria de más de 6 meses de evolución realizar densitometría ósea (MIR).
- Presentan trastornos hormonales: Hipogonadismo hipogonadotrofo (MIR) por disfunción hipotalámica, incremento de niveles de GH (MIR), hipofunción tiroidea (TSH normal, T4 y T3 disminuidas, T3 inversa aumentada, T4 libre normal).
- Alteraciones bioquímicas: renales (hiperuricemia, disminución del aclaramiento de creatinina secundario a hipovolemia (MIR)), hipercolesterolemia (MIR) y aumento de las pruebas de función hepática.
- Gastrointestinales: dilatación gástrica (si atracones), retraso del vaciamiento gástrico (MIR), sensación de plenitud postprandial, estreñimiento pertinaz.
- Pancitopenia (en AN severa).
- Lanugo.
- Psiquiátrica: insomnio, alteraciones del estado de ánimo, conductas suicidas (más frecuentes en BN).
- Vómitos:
  - Trastornos hidroelectrolíticos (alcalosis hipoclorémica, hipopotasemia -el más peligroso ya que produce arritmias (MIR) - hipomagnesemia).
  - Irritación y sangrado gastro-esofágico.
  - Ronquera.
  - Erosión esmalte dental.
  - Inflamación parotídea e hiperamilasemia. Para evaluar la gravedad de los vómitos la prueba de laboratorio más útil es el nivel plasmático de amilasa (MIR).
  - Signo de Russell (callosidad dorso de la mano).

#### 1.4. PRONÓSTICO:

- 50% recuperan su peso normal. 20% mejoran pero mantienen bajo peso, 20% se cronifican. 5-10% fallecimiento (complicaciones médicas o suicidio).
- Factores de mal pronóstico: inicio tardío, conductas purgantes, presencia de episodios bulímicos, pérdida de peso extrema, depresión y curso prolongado antes del inicio del tratamiento.

#### 1.5. TRATAMIENTO:

- Mejor pronóstico cuanto antes se inicie el tratamiento. Es sobre todo psicológico: Psicoterapia cognitivo-conductual y familiar, antidepresivos (ISRS). Son tratamientos a largo plazo.
- Objetivos del tratamiento: aumentar peso, revertir la amenorrea, desaparición de las alteraciones psicopatológicas, aceptación por parte del paciente del peso idóneo.
- Hospitalización: Desnutrición severa (pérdida de más del 25-30% del peso correspondiente), graves alteraciones hidroelectrolíticas o en signos vitales, grave sintomatología depresiva asociada o riesgo de suicidio.



## 2. BULIMIA NERVIOSA

### 2.1. GENERALIDADES:

- Etiopatogenia: factores genéticos, biológicos (bajos niveles de serotonina), psicológicos y socioculturales (valores estéticos dominantes).
- Epidemiología: Más frecuente en mujeres. Comienzo en inicio de edad adulta (15-18 años). Más frecuente que la AN.

### 2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- Preocupación persistente por comida y deseos irresistibles de comer.
- Crisis bulímicas o atracones: episodios de ingesta "incontrolada" de gran cantidad de alimentos (sentimiento de culpa posterior), que van seguidos de: provocación de vómitos, uso de laxantes o diuréticos, dietas estrictas, mucho ejercicio.
- Mucha preocupación por la imagen corporal y miedo morboso a ganar peso.
- Para hacer el diagnóstico es necesario que los atracones y las conductas compensadoras (exagerado ejercicio físico, uso de laxantes o diuréticos) se produzcan al menos 2 veces por semana durante 3 meses.
- Diferencias básicas con AN: pérdida de control sobre comida (MIR) y peso corporal (en BN normal).

### 2.3. COMPLICACIONES:

- Gastrointestinales: dilatación gástrica.
- Vómitos: las mismas que en el apartado de AN.
- Psiquiátricas (comorbilidad): insomnio, trastornos afectivos (depresión), trastornos de ansiedad, conductas impulsivas (abuso de alcohol y otras sustancias, cleptomanía, ludopatía, conductas auto-heteroagresivas), mayor incidencia de trastorno de la personalidad límite, histriónico, por dependencia o por evitación.

### 2.4. PRONÓSTICO:

- Factores de mal pronóstico: desconfianza interpersonal, trastornos de la personalidad u otra comorbilidad psiquiátrica, vómitos frecuentes.

### 2.5. TRATAMIENTO:

- Antidepresivos (ISRS de elección) + psicoterapia cognitivo-conductual.
- Hospitalización: alteraciones orgánicas severas, grave descontrol de impulsos y conductas suicidas, comorbilidad psiquiátrica.



- Trastorno depresivo recurrente, 93
- Trastorno esquizoide, 58
- Trastorno esquizotípico, 58
- Trastorno facticio, 118
- Trastorno histriónico, 60
- Trastorno narcisista, 60
- Trastorno obsesivo-compulsivo (anancástico), 61
- Trastorno paranoide, 58
- Trastorno pasivo-agresivo, 61
- Trastorno por dependencia, 61
- Trastorno por despersonalización, 121
- Trastorno por dolor, 118
- Trastorno por evitación (ansioso), 61
- Trastornos de ansiedad, 110
- Trastornos depresivos, 92
- Trastornos disociativos, 117, 120
- Trastornos obsesivoides, 115
- Trastornos psicósomáticos, 118
- Trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias, 77
- Trastornos somatomorfos, 117, 118
- Tratamiento de las drogodependencias, 71



