

**Curso Universitario Trienal de Medicina
Interna**

**LA PATOLOGIA
PSIQUIATRICA EN
MEDICINA GENERAL**

Dr Enrique Ortiz Frágola

SEPTIEMBRE 2022

● CASO CLINICO

Pac de sexo masculino, de 78 años , vive con su flia, con diagnóstico hipertrofia prostática benigna e HTA. Llega a la guardia con los siguientes antecedentes

- Comienza hace 7 días. Es jubilado. Comienza con fiebre, micciones frecuentes y con ardor al orinar.
- Desde hace unos días toma poco liquido para no levantarse de noche a orinar y poder dormir.
- Como empezó a dormir mal su mujer le empezo a dar hace 4 dias clonazepan 0.5 mg 1 comp por la noche.

- Desde hace 2 días por aumento de la ansiedad (no tiene antecedentes psiquiátricos personales) le aumentaron el CNZ 05 mg a 1 comprimido cada 6 horas.
- En el día de la fecha con mucha fiebre y deciden concurrir a la guardia médica.
- Antecedentes de HTA leve y tabaquismo.

- Hallazgos clínicos y de los estudios complementarios:
- Hipotenso, taquicárdico, febril, taquipneico.
- Signos de deshidratación.
- Leucocitosis, neutrofilia, discreta anemia, leve aumento de la creatinina, sedimento patológico de orina.
- Rx tórax s/p.

- Fue diagnosticado como portador de una infección urinaria y deshidratación leve, se decide su internación en clínica médica para iniciar hidratación y plan ATB por vía parenteral y control estrecho.

Una hora después de la admisión y recién iniciado el plan de tratamiento la familia llama a enfermería pues el paciente:

- Se arrancó la vía.
- Se encuentra agitado y agresivo.
- No acepta ayuda. Quiere irse a trabajar.
- Su discurso es incoherente.
- Parece estar alucinado.

PREGUNTA INTERACTIVA

Cuál es su impresión diagnóstica y recomendación terapéutica ??

1. *Paciente que rechaza el tratamiento y quiere retirarse, que firme al alta por propia voluntad y vaya a su casa.*
2. *Paciente con conducta psicótica; indica medicación neuroléptica y derivación a internación en psiquiatría.*
3. *Demencia derivación a un centro geriátrico.*
4. *Delirium, continua con plan de internación en clínica médica, reevaluación clínica; neurológica y psiquiátrica; contención física y/o farmacológica.*

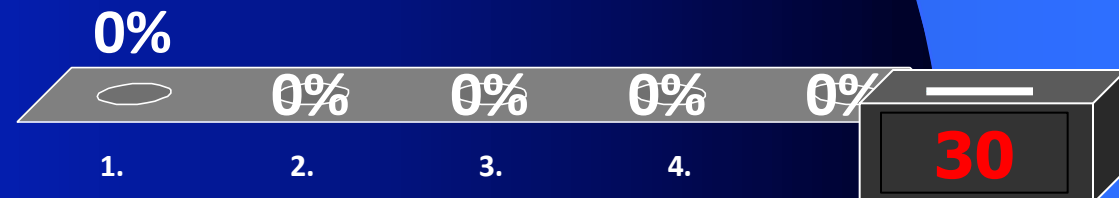
SINDROME CONFUSIONAL AGUDO “DELIRIUM”



CUAL DE LOS SIGUIENTES FACTORES SE VINCULAN CON EL ORIGEN DEL CUADRO ?

1. EDAD
2. INFECCION Y FIEBRE
3. INTERNACION
4. USO DE PSICOFARMACOS.
5. TODAS SON CORRECTAS

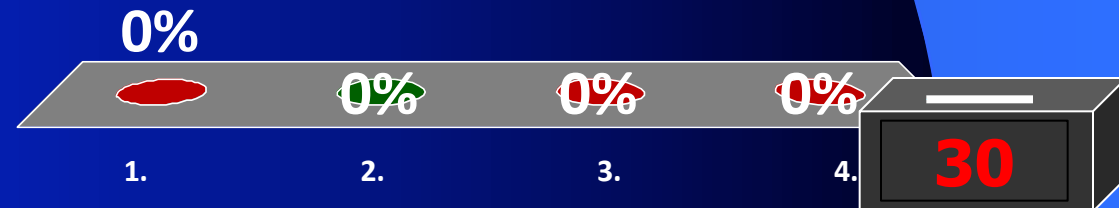
Contador de contestaciones



La confusión mental:

1. Tiene evolución crónica y prolongada
2. Suele ser de evolución aguda y fluctuante
3. Siempre es de mal pronóstico y evoluciona a la demencia
4. No se acompaña de alteraciones cognitivas

contador de contestaciones



Definición de S Confusional

- “Insuficiencia Mental Transitoria”, con alteración primaria de la conciencia, la atención, la cognición y de la percepción. También puede afectar el sueño, la actividad psicomotora y las emociones.
- Frecuente manifestación de una enfermedad somática aguda o de la descompensación de una patología crónica pre-existente.
- Evolución aguda/sub-aguda.

Confusión Mental: Factores Predisponentes



- Edad avanzada.
- Patología del SNC.
- Enfermedad somática grave.
- Medicamentos: PF. Analgésicos. Polifarmacia
- Adicciones.

Confusión Mental

Factores **Precipitantes** más frecuentes

- Medicamentos: PF Analgésicos. Esteroides.
Antihipertensores.
- Infecciones.
- Tóxico/Abstinencia
- Hipertensión endocraneana (TC); hipoxia;
hipoglucemia; alt del balance hidroelectrolítico.
- Insuficiencia cardíaca; anemia.
- Mudanzas/Traslados/Internación.

CLINICA DEL S CONFUSIONAL

1. Cambio brusco del estado mental con evolución fluctuante
2. Déficit atencional
3. Alteración del pensamiento
4. Alteración del nivel de conciencia.
5. Alteraciones de la sensopercepción
6. Alteración de la actividad psicomotriz
7. Desorientación temporoespacial
8. Alteración de la memoria.
9. Alteración de la afectividad y del comportamiento
10. Alteración del ciclo sueño vigilia

FORMAS CLINICAS DEL S CONFUSIONAL

1. HIPOACTIVA
2. HIPERACTIVA

Confusión Mental

Cuadro Clínico. Curso y pronóstico.

- Síntomas prodrómicos (2-3 días).
- Evolución rápida y **fluctuante** con agravamiento nocturno de la sintomatología.
- Duración: horas-semanas.
- Recuperación completa: 5 % - 40 %.
- Recuperación Parcial: demencia o muerte.
- Mortalidad: . 22 % - 76 % durante la hospitalización.
. 25 % a los 6 meses.



Confusión Mental: Diagnóstico Diferencial

1. Demencia.
2. Depresión. Falta de colaboración. (Forma Hipo)
3. Psicosis Manía. Enojo. (Forma Hiper)

Tratamiento de la confusión



Cuidado General del paciente confuso

- Internación medio médico general.
- Medidas de apoyo clínico.(aporte de fluidos, gases, manejo de secreciones , calorías, etc)
- Control de síntomas generales (hipoxia, dolor, hipertermia, etc)
- Vigilancia estrecha, personalizada.
- Ambiente apropiado y confortable.



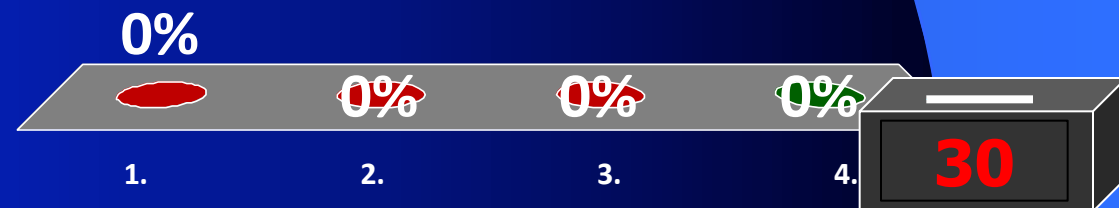
Tratamiento Etiológico.

- Buscar revertir alteraciones clínicas que puedan contribuir a la génesis del cuadro confusional.
- Consulte con fliares.
- Su inicio precoz posee un gran valor pronóstico.

En la confusión mental:

1. No se deben emplear neurolépticos típicos
2. Las benzodiazepinas son la drogas de elección para calmar la ansiedad
3. La internación psiquiátrica es la mejor alternativa para los casos severos
4. El haloperidol es la droga más empleada para el control de excitación psicomotriz.

Contador de contestaciones



Tratamiento Psicofarmacológico de los Síntomas psiquiátricos del S Confusional

- Los NUEROLEPTICOS están indicados para el tratamiento de:

Alt de la conducta / Excitación Psicomotriz

Alteración de la conciencia

T del pensamiento

Alteraciones senso-perceptivas

Trast del sueño

Psicofarmacología clínica de los neurolepticos más empleados en pacientes confusos

	Acción ANTI PSICO TICA	Acción ANTI AGRE SIVA	Acción SE DAN TE	Efectos. EXTRA PIRA MIDAL	Efecto HIPO TEN SOR	Efecto ANTI COLI NERG.
Haloperidol	XXX	XXX	X	XXX	X	X
Olanzapina	XXX	XX	XX	XX	XX	X
Risperidona	XXX	XX	X	XX	X	XXX
Quetiapina	X	XX	XX	X	XX	XX

Dosis de orientación para uso de Antipsicóticos en el paciente confuso

- Haloperidol: 1 – 5 -10 mg/día.
- Olanzapina: 5 - 10 mg/día.
- Risperidona: 0.5 - 3 mg/día.
- Quetiapina: 25 - 200 mg/día.

Confusión Mental .

Tratamiento Psicofarmacológico de los Síntomas Psiquiátricos

Benzodiacepinas ??

Indicaciones: abstinencia de BDZ o alcohol ; convulsiones.

Asociados a neurolépticos. (ansiedad, insomnio)

Efectos secundarios: sedación, confusión, ataxia, acción paradójal, depresión respiratoria.

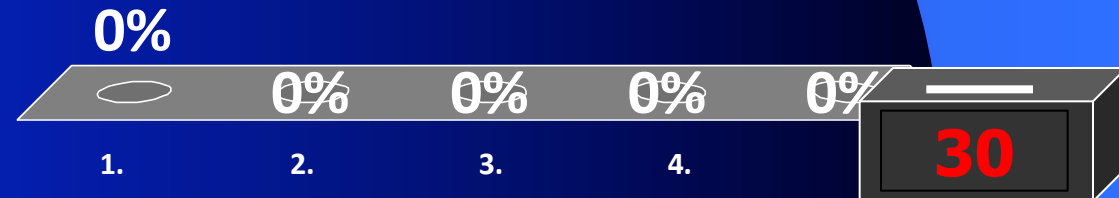
DEPRESION EN MEDICINA



La tristeza es:

1. Es síntoma de enfermedad mental
2. Siempre mejora con antidepresivos
3. Es una emoción normal de la vida.
4. Siempre es un evento patológico
5. No aparece en la infancia

contador de contestaciones



Algunas diferencias entre tristeza normal y patológica:

Tristeza Normal

- Con desencadenante.
- Intensidad y duración proporcional al estímulo.
- Escasa afectación del rendimiento.
- Síntomas físicos menores.
- Vivencia.

DEPRESION O Tristeza Patológica

- Desencadenante eventual.
- Intensidad y duración desproporcionada con el estímulo.
- Notable deterioro del rendimiento.
- Síntomas físicos intensos.
- Vivencia.

¿ QUÉ ES LA DEPRESIÓN ?

- Es algo diferente a un estado transitorio de tristeza, se trata una condición médica que hace que quien la padece no pueda mejorar solo con voluntad.



- Solo con cariño NO se cura.... Necesita TRATAMIENTO !!!!!!!!!!!!!

PREGUNTA INTERACTIVA

- La depresión :
 1. Es una patología genética que se presenta con la misma frecuencia en hombres y mujeres
 2. Es una patología poco frecuente en el hospital general
 3. Suele tener una evolución aguda y es más frecuente en el hombre.
 4. Mejora con un viaje, ejercicio y descanso.
 5. Es una patología más frecuente en la mujer y habitualmente subdiagnosticada

¿Qué es la depresión?

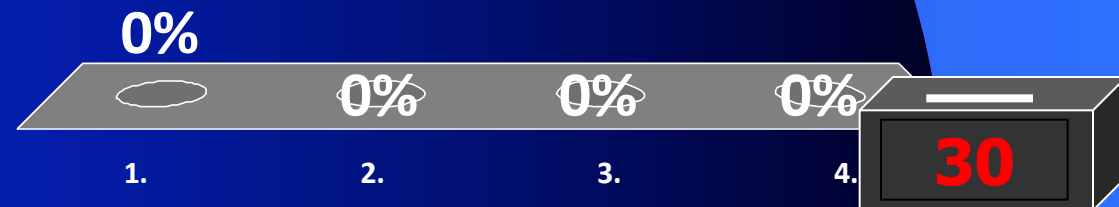
- Es una enfermedad médica frecuente e incapacitante.
- En la mujer es casi dos veces más frecuente que en el hombre.
- Afecta tanto la vida del paciente como la de su entorno socio-familiar.



Señale la opción válida

1. Las quejas somáticas no son frecuentes en los pacientes con depresión
2. Las quejas somáticas pueden enmascarar un estado depresivo
3. La depresión es una respuesta normal a la enfermedad somática grave.
4. La prevalencia de la depresión es menor entre los pacientes internados en un hospital general que en la población general.

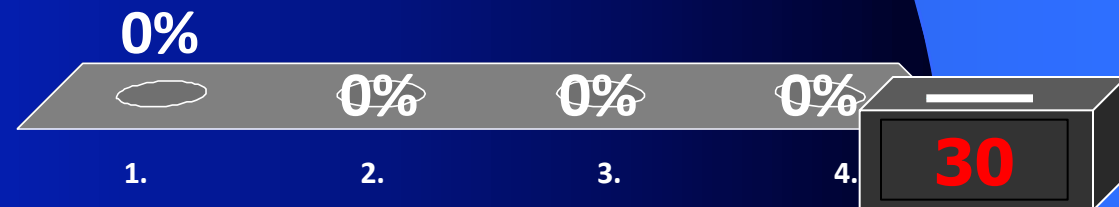
Contador de contestaciones



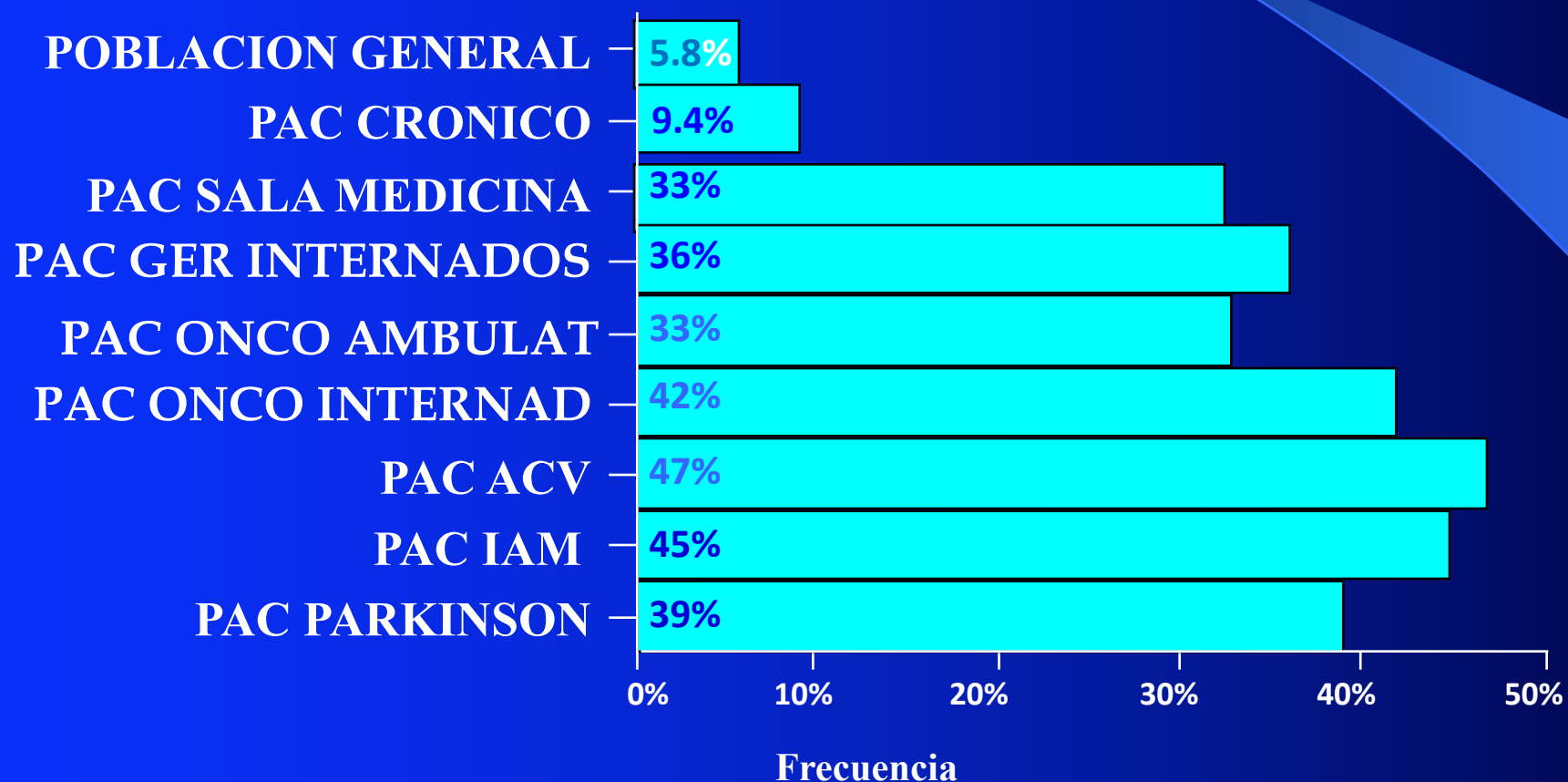
La depresión enmascarada es:

1. Es la que se da en el marco de una depresión bipolar
2. La depresión que se manifiesta con síntomas somáticos
3. Es un trastorno físico enmascarado por un cuadro depresivo
4. Un síndrome depresivo y ansioso

Contador de contestaciones



TASAS DE PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN DIFERENTES POBLACIONES DE PACIENTES*



Etioopatogenia de la depresión

F Biológicos	F Psicológicos	F Sociales
Genéticos	Personalidad vulnerable	Conflictos interpersonales.
Neuroquímicos	Conflictos intra psiquicos	Conflictos laborales.
Hormonales	Estrés crónico	Conflictos económicos.
Enfermedades somáticas	Pérdidas significativas	Aislamiento y soledad.
Dolor crónico	Fracasos y Frustraciones	Violencia.
Medicamentos		Anomia.
Alcohol y drogas		Eventos o situaciones traumáticas

¿ Existe alguna relación entre la depresión y las enfermedades somáticas?

- Las enfermedades somáticas favorecen la aparición de la depresión.
- Cerca de un 20 % del total de las depresiones son provocadas por alguna enfermedad física.
- Entre los individuos que padecen alguna de enfermedad somática se hallan síntomas de depresión en casi 50 % de los casos.
- Algunos medicamentos pueden provocar depresión en ciertos individuos.

¿Qué enfermedades somáticas suelen asociarse con depresión?

- **Cáncer.**
- **Enfermedad coronaria; ACV.**
- **Enfermedad de Parkinson.**
- **Diabetes y trastornos tiroideos.**
- **Enfermedades crónicas en general.**
- **Alcoholismo.**
- **Dolor crónico.**
- **Enfermedad de Alzheimer.**



La presencia de pérdida de peso, constipación y dolor somático en un paciente con depresión:

1. Descarta la presencia de patología mental
2. Significa comorbilidad somática.
3. Es frecuente en los pacientes con depresión, pero obliga a descartar patología clínica.
4. Es señal de comorbilidad somática.
5. Es infrecuente en los pacientes con depresión.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?



- La depresión afecta a cada individuo de una manera diferente.
- Muchas personas presentan solo algunos síntomas, variando la severidad y duración de los mismos.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DEPRESION

- 1.Alteraciones del Humor
- 2.Alteraciones del pensamiento y la psicomotricidad.
- 3.Alteraciones de la Actividad y de la Conducta
- 4.Alteraciones Somáticas y Neurovegetativas

Síndrome Depresivo

1. Alteraciones del humor

Tristeza

Angustia

Ansiedad

Desasosiego

Desesperanza

Llanto

Baja Autoestima

Disforia

Anhedonia

Irritabilidad

Emotividad

Agresividad

Vacío

Síndrome Depresivo

2. Alteraciones del pensamiento y del proceso cognoscitivo

- Inhibición Psicomotriz. Estupor. Fatiga mental.
- Bradipsiquia.
- **Déficit Cognitivo.**
- Alteraciones del Contenido del Pensamiento: **Pesimismo.**
Carga. Molestia.
Ideas de Culpa- Ruina- Hipocondría- Paranoides- Muerte- Suicidio

Síndrome Depresivo

3. Alteraciones de la Actividad y de la Conducta

- **Deterioro funcional:** disminución de la actividad, eficiencia o productividad.
- Hipo/Abulia. Desinterés.
- Abandono Personal.
- **Aislamiento Social.**
- Comportamiento Conflictivo. Irritabilidad **Agresividad.** Dependencia.
- **Abuso de Substancias**

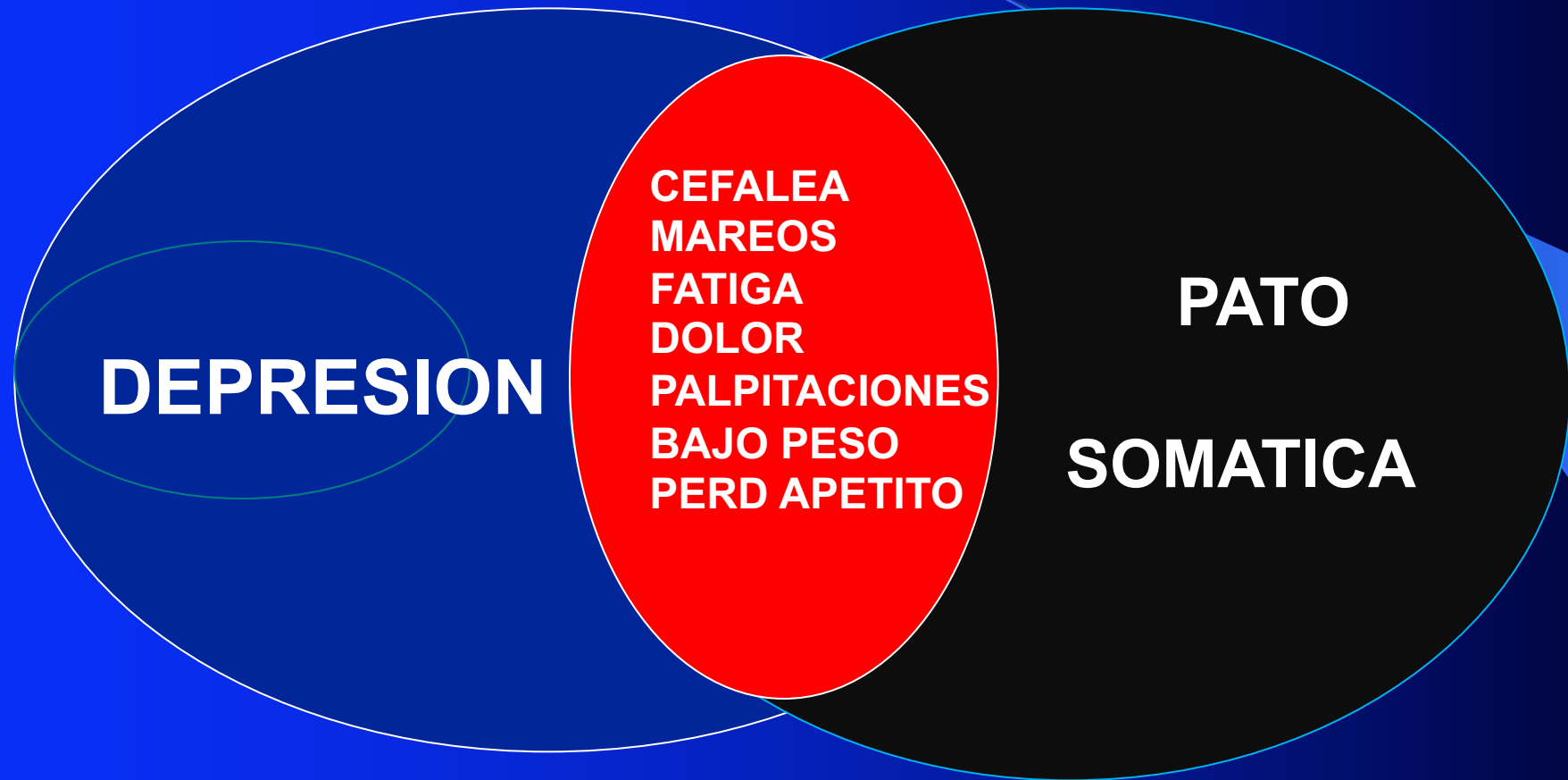
Síntomas de la depresión.

4. Alteraciones físicas

- Cambios de Apetito y del Peso.
- Alteraciones del Sueño: Insomnio
- Alteraciones en la función sexual.
- Disminución de la energía vital.
- Dolor: cefalea; lumbalgia; abdominal; etc.
- Síntomas somáticos funcionales inespecíficos y erráticos: constipación; sequedad bucal palpitaciones; ahogos; mareos; etc.

- **Tener uno de estos síntomas NO implica necesariamente estar deprimido.**
- **Es su asociación y persistencia en el tiempo, la imposibilidad de superarlos solo con la voluntad o la afectación de la vida cotidiana o el sufrimiento que producen lo que lleva a pensar en la posible existencia de una enfermedad depresiva.**

EL DILEMA DE LOS SINTOMAS FISICOS



Diagnóstico Diferencial: No siempre es Sencillo

Las quejas de un enfermo depresivo no siempre se sitúan en su estado anímico, lo cual provocar problemas de diagnóstico:

- Irritabilidad → Conf conyugal
- Det Cognitivo → Demencia
- Síntomas Físicos → Enf. Somática
- Consumo → Adicciones

¿Existen distintos tipos de depresión?

Si.

Los tipos más importantes de depresión son los siguientes:

- **Trastorno Depresivo Unipolar.**
- **Trastorno Bipolar.**
- **Distimia**
- **Depresión reactiva**
- **Depresión debida a enfermedad somática o a su tratamiento**

Trastorno Depresivo Ex Complementarios:

- **NO** hay hallazgos específicos.

Trastorno Depresivo

Indicadores de **Mal Pronóstico**

Inadecuado cumplimiento del tratamiento.

Síntomas iniciales severos.

Edad temprana de inicio.

Numerosos episodios previos.

Recuperación con síntomas residuales.

Comorbilidad psiquiátrica o somática severa.

Disfunción familiar.

¿Cuál es primer paso para ayudar a una persona que presenta alguno de estos síntomas?

- *Pensar en la depresión y buscarla*



¿Cuál es el mejor tratamiento?

El tipo de tratamiento a realizar dependerá del tipo de depresión así como de la severidad de los síntomas del cuadro depresivo.

Habitualmente el tratamiento de la depresión puede realizarse en forma ambulatoria.

En el caso de pacientes con cuadros depresivos graves, con riesgo de suicidio, grave compromiso del estado general o que no respondan a los tratamientos habituales, se hace necesaria la internación del paciente para su adecuado cuidado y tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento de la depresión se basa en una conducta terapéutica integral que combine tres aspectos básicos:

- 1. Tratamiento Farmacológico.**
- 2. Tratamiento Psicoterápico.**
- 3. Apoyo social y familiar.**

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?

1. Eliminar los síntomas depresivos.
2. Favorecer que el paciente recupere su nivel previo de funcionamiento.
3. Remover las causas de la depresión.
4. Prevenir la aparición de recaídas.

En todo enfermo con depresión hay que evaluar el
riesgo de suicidio

SI HAY RIESGO IMPORTANTE O SI TIENE
DUDAS : PEDIR INTERCONSULTA CON
PSIQUIATRIA Y MANTENER AL
PACIENTE EN AMBIENTE PROTEGIDO Y
BAJO ESTRUCTA VIGILANCIA
(INTERNACION)



Hay 3 Etapas en el Tratamiento de la Depresión

⋮

1. **Agudo:** remisión completa de los síntomas de la crisis Aprox 6-12 semanas.
2. **Continuación:** se previene la aparición de recaídas: >12 meses.
3. **Mantenimiento:** Prevención de recidivas -nuevos episodios- : 1-5 años o más.

Qué factores se deben tener en consideración al momento de elegir el AD a indicar?



Para seleccionar el AD considerar:



- Historia de tratamientos previos.
- Perfil deseable de efectos secundarios, interacciones farmacológicas y síntomas de discontinuación.
- Características de la dosificación .
- Disponibilidad y accesibilidad al fármaco.
- Preferencias del paciente.
- Conocimiento y familiaridad del médico tratante con el fármaco.

CLASIFICACION DE LOS ANTIDEPRESIVOS SEGUN SU MECANISMO DE ACCION (?)

- SSRI: FLUO-PAR-SERT-FLUVO-CIT-ESCIT
- SNRI: VLF-DVLF-DUL-MIL
- NaSSA: MIRTAZ
- SARI : TRAZ-NEFA
- DNRI: BUPROPION
- ADT: IMI-CLOIMI-AMI-NORTR-DESI
- IMAO: TRANILCIPRO
- RIMA: MOCLOBEMIDA
- NRI: REBOXETINA-ATOMOXETINA
- MEL AGONIST-5HT_{2C} ANTAG: AGOMELATINA

- Todos los antidepresivos poseen efectos secundarios
!!!!

**Mayor side effects of traditional antidepressants according to their mechanism of action.
Racagni G and Popoli M 2010.**

Ach Antagonis	Blurred vision Dry mouth Constipation Sinus tachycardia Urynari retention Memory disfunction
5 HT Reuptake --	Gastrointestinal and Sexual disturbances Activating effects
Dop Reuptake --	Psychomotor activation Psychosis Abuse
5 HT 2 Agonism	Sexual dysfunction Activating side effects
5 HT 3 Agonism	Nausea
NE Reuptake --	Dry mouth Urinary reten. Activating effects Tremor and CV troubles
Alfa 2 Antagonis	Postural hypotension Dizziness Reflex tachycardia
Alfa 1 Antagonism	Priapism
H 1 Antogonism	Sedation Drowsiness Weight gain

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO PF DE LA DEPRESION POR EL MEDICO GENERAL

APA 2013

- Primer paso:

INICIAR MONOTERAPIA CON IRSS.
LOW AND SLOW

ESPERAR DE 4 A 6 SEMANAS PARA LA
APARICION DE RESPUESTA
TERAPEUTICA

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO PF DE LA DEPRESION POR EL MEDICO GENERAL APA 2013

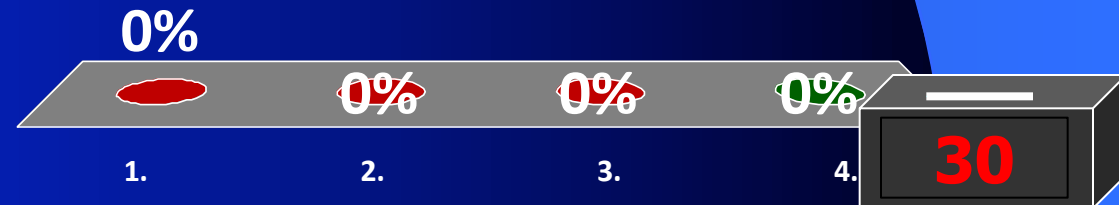
- Segundo paso:
- SI NO HAY MEJORIA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA DESPUES DE 4/6 SEMANAS A DOSIS TERAPEUTICAS ROTAR A MONOTERAPIA CON OTRO IRSS.

SI NO RESPONDE EN 4-6 SEMANAS
PEDIR IC CON MEDICO PSIQUIATRA

La psicoterapia

1. No aporta beneficios en el tratamiento de la depresión severa
2. Solo debe ser realizada por un psicologo
3. El médico general solo puede dedicarse a los aspectos biológicoss del enfermo con depresión
4. Es un recurso eficaz que el médico general puede implementar y que mejora la evolución

Contador de contestaciones



¿ PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION POR EL MEDICO GENERAL ? **SI !!!!**

- OPTIMIZAR RELACION
MEDICO PACIENTE
- FORTALECER LA ALIANZA
TERAPEUTICA
- FAVORECER LA COMPLIANCE
FARMACOLOGICA
- ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD, SUS
LIMITACIONES Y NECESIDAD DE
TRATAMIENTO



¿PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION POR EL MEDICO GENERAL?

- FAVORECER PAUTAS SANAS DE VIDA.
- PROFILAXIS DEL SUEÑO
- EVITAR ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS
- REPOSO BIO PSICO SOCIAL
- FAVORECER RESOLUCION DE SITUACIONES DE CONFLICTO

RESUMIENDO:

LA DEPRESIÓN



- **ES UNA ENFERMEDAD**
- **ES FRECUENTE**
- **MUCHAS VECES NO DETECTADA**
- **ES TRATABLE**
- **TIENE BUEN PRONÓSTICO.**

- Muchas gracias