

Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre **1) Guía de Práctica Clínica en Trastornos Hipercinéticos de Niños y Adolescentes** **2) Guía de Práctica Clínica en Depresión de Niños y Adolescentes** **3) Guía de Práctica Clínica en Ansiedad de Niños y Adolescentes**, **4) Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Esquizofrenia en Niños y Adolescentes** y del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 225-DSMNA-HHV-2012, de fecha 09 de Julio del 2012, el Jefe del Departamento Salud Mental del Niño y Adolescente, remite las respectivas Guías de Práctica Clínica a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente, es la unidad orgánica encargada de prestar atenciones en salud Mental al Niño y Adolescente, teniendo entre sus objetivos funcionales : proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención de salud mental, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad, entre otros;

Que, las referidas Guías de Práctica Clínica brindarán a los profesionales de la salud un instrumento para el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos Hipercinéticos y tratamiento de esquizofrenia en niños y adolescentes; por cuya razón se hace necesario aprobar dichas Guías de Práctica Clínica, para cuyo efecto es pertinente expedir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente y Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías de Práctica Clínica del Hospital Hermilio Valdizán, la misma que forman parte de la presente Resolución:

- **Guía de Práctica Clínica en Trastornos Hipercinéticos de Niños y Adolescentes.**
- **Guía de Práctica Clínica en Depresión de Niños y Adolescentes.**
- **Guía de Práctica Clínica en Ansiedad de Niños y Adolescentes**
- **Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Esquizofrenia en Niños y Adolescentes.**

Artículo Segundo.- El Jefe del Departamento de Salud Mental de Niños y Adolescentes, será el responsable de la difusión e implementación de la respectiva Guía de Prácticas Clínicas.

Artículo Tercero.- La Guía aprobada será publicada en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

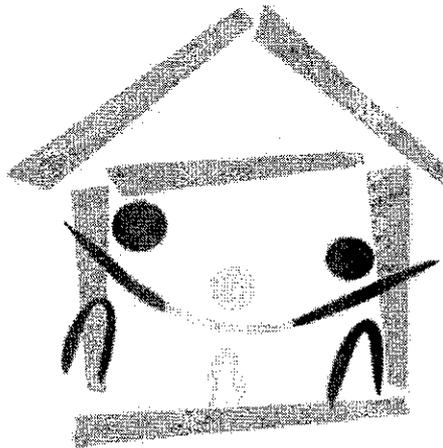
Regístrese y Comuníquese,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
Dr. RAFAEL NAVARRO CUI
Director del
M.P. 4598 - REG. ESP. 12

Distribución:
SDG
DSMAG
DSMNA
INFORMATICA
FILE IV RES.



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y DOLESCENTES



GUIA DE PRACTICA CLINICA EN
TRASTORNOS HIPERCINETICOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DPTO. DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Dra. Margarita Rodríguez Carrillo
Médica de Psiquiatría
C.M.P. 2548 R.N.E. 11669



Enero 2011

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

I. NOMBRE Y CÓDIGO:

F 90 TRASTORNOS HIPERCINETICOS (CIE 10)

F 90.0 Trastornos de la actividad y de la atención

F 90.1 Trastorno hiperactivo disocial

F 90.8 Otros trastornos hiperactivos

F 90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación

II. DEFINICIÓN:

2.1.- DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA:

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, por la dificultad de concentrar la atención por mucho tiempo en una actividad determinada, y la hiperactividad, que se expresan clínicamente de forma variable afectando la integración social del niño y su rendimiento escolar. Se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo. (1,2)

Es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. (2)

Los trastornos hiperactivos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida), puede estar presente durante la niñez, adolescencia y aún en la vida adulta. (1,3)

La demora en el diagnóstico y el tratamiento pueden traer consecuencias como alteraciones en las diferentes áreas de desarrollo; así tenemos problemas en el ámbito familiar, en las relaciones interpersonales, en el entorno escolar, siendo también el inicio para muchos otros problemas de mayor magnitud.

2.2 ETIOLOGIA:

Es un trastorno debido a una alteración neurobiológica. Los estudios con neuroimágenes sugieren que los cerebros de los niños con trastorno de actividad y de la atención son diferentes de los cerebros de otros niños. Los estudios estructurales y funcionales cerebrales han involucrado en este trastorno a una disfunción de los lóbulos cerebrales. Por otro lado en estos niños existe una disfunción de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina. (0,5)



2.3 FISIOPATOLOGIA

Hay dos sistemas de neurotransmisores que parecen estar comprometidos en la fisiopatología del Trastorno de la actividad y de la atención; el sistema noradrenérgico —NA- que asciende desde el locus ceruleus, en el ángulo superior del piso del cuarto ventrículo, hacia la corteza; y el dopaminérgico —DA-, desde el segmento ventral mesencefálico, con fibras tanto mesoestriadas como mesocorticales. (6)

2.4 EPIDEMIOLOGIA:

Se estima que la prevalencia de este trastorno se sitúa en el 3 al 5 % en los niños de edad pre-escolar, 8 a 10% de niños en edad escolar y se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino en una relación de 3:1. Las niñas presentan con mayor frecuencia problemas en la atención. Del 50 al 80% de trastornos hiperkinéticos persisten en la adolescencia y del 40 al 60% persiste en la edad adulta. (1,2,7)

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

3.1 MEDIO AMBIENTE.

- Bajo nivel educativo de los padres
- Familia con problemas en su funcionamiento
- Desacuerdo marital grave
- Maltrato Físico y/o Psicológico
- Violencia familiar
- Pobreza extrema

3.2 ESTILOS DE VIDA

Estilo educativo autoritario por parte de los padres (Abundancia de órdenes, interacción negativa, crítica severa ante los errores y la escasez de respuesta ante las iniciativas sociales del hijo). (4)

3.3 FACTORES HEREDITARIOS

- Trastornos hiperkinéticos en los padres. Los hijos de un progenitor con trastorno hiperkinético tiene hasta un 50% de posibilidades de tener el THDA.
- Se presenta entre el 55 % al 92% en los gemelos idénticos
- Se ha encontrado una heredabilidad del 80%
- Enfermedades psiquiátricas en los padres (Consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, etc.) (2)

3.4 FACTORES NEUROLÓGICOS

Prenatal (10-15%)

- Complicaciones en el embarazo
- Exposición Fetal al alcohol y/o tabaco
- Prematuridad con hemorragias cerebrales



Postnatal: Daño Cerebral (3-5%)

- Trauma, hipoxia cerebral, o infección
- Envenenamiento en edad pre-escolar
- Sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda

Infección Post-natal por estreptococo

- Anticuerpos auto-inmune en ganglios basales

IV. CUADRO CLINICO:

4.1 SIGNOS Y SINTOMAS SEGUN GRUPOS ETAREOS:

En edad pre-escolar: (8)

- Rompe y destruye objetos, destruye sus juguetes
- Torpeza motora
- Intranquilidad motora «siempre en movimiento», «siempre curioso»
- No obedece a órdenes simples, se le tiene que repetir en varias oportunidades.
- Rabietas constantes

En edad escolar: (9)

- Se distrae con facilidad
- Dificultad para organizar sus tareas, no las completa, con facilidad
- Bajo rendimiento escolar
- Llamadas de atención constantes
- Interrumpe y se mete en los asuntos de los otros
- Dificultad para relacionarse con sus pares
- Es impaciente, no espera turnos en los juegos
- Frecuentemente se levanta de su asiento en el salón de clase
- Propenso a sufrir accidentes, no mide el peligro.
- Problemas en el aprendizaje

En la adolescencia: (9)

- Sensación interna de intranquilidad
- Dificultad para organizar el trabajo escolar con pobres resultados
- Relaciones sociales conflictivas
- Problemas de aprendizaje
- Problemas de comportamiento
- Con frecuencia se involucra en actividades de riesgo (sexuales, abuso de sustancias psicoactivas)
- Dificultad o enfrentamiento con las figuras de autoridad
- Desatento o negligente con su propia seguridad (accidentes)



HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
DPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. Vilagobos Toledo, C. Artillo
Médico Jefe del DSMNA
C.M.F. 2364R R.N.E. 11669

V. DIAGNÓSTICO:

5.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE- 10:

Los rasgos cardinales son el déficit de atención, la hiperactividad y otros que denotan la impulsividad

A. Déficit de la atención

- Interrupción prematura de la ejecución de tareas
- Deja actividades sin terminar
- Cambia frecuentemente de una actividad a otra

B. Hiperactividad:

- Inquietud excesiva en situaciones que requieren una relativa calma
- Manifestaciones como saltar y correr sin rumbo fijo
- Imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo
- Inquietud general, acompañada de gesticulaciones y contorsiones, verborrea y alboroto

C. Rasgos asociados:

- Desinhibición en la relación social
- Falta de precaución en las situaciones de peligro
- Quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales:
 - Intromisión o interrupción de la actividad de otras personas
 - Respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular
 - Imposibilidad de esperar a que le toque su turno

D. Los trastornos comportamentales típicos del trastorno hiperactivo son de inicio precoz (**antes de los seis años**) y de larga duración.

E. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (Ej. en la escuela o en el trabajo y en casa).

F. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

G. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

5.2. COMORBILIDAD: (7,11,12,13)

- El 31% de los trastornos hiperactivos son puros.
- La comorbilidad en el trastorno hiperactivo es la regla más que la excepción.
- Del 70 al 87% de los niños con trastorno hiperactivo presenta al menos una comorbilidad.
- El 67% de los niños presenta al menos 2 comorbilidades.
- La comorbilidad contribuye al fracaso tanto diagnóstico como terapéutico en niños y adolescentes con trastornos hiperactivos.



Comorbilidad en niños y adolescentes con trastorno hipercinetico:

- Conducta oposicionista-desafiante: 40-64%
- Trastornos del ánimo 30%
- Trastornos de aprendizaje, académicos: 10-92%
- Trastornos de ansiedad: 8-30%:
- Trastornos de conducta: 14-25%
- Tics: 11-34%

5.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: (1,2,7)

- Trastorno generalizado del desarrollo
- Cociente intelectual limite
- Trastorno del aprendizaje
- Trastorno de conducta limitado al contexto familiar o escolar.
- Trastorno adaptativo
- Trastorno afectivo bipolar, de inicio temprano
- Trastorno disocial
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno depresivo

VI. PROCEDIMIENTOS AUXILIARES:

No existen pruebas de laboratorio contundentes para el diagnóstico del trastorno hipercinético.

El diagnóstico se hace mediante: (7)

1. Historia clínica amplia
2. Examen físico completo
3. Cumplir criterios del CIE-10
4. Escalas de ayuda diagnósticas para TDHA: Escala de Conners, para Padres y Maestros
5. Descartar condiciones secundarias
6. Descartar compromiso cognitivo
7. Descartar condiciones co-mórbidas
Incluyendo Evaluación psicológica de las áreas de Repertorios básicos y académicos, descarte de Organicidad, Funcionamiento Intelectual y Personalidad
8. Entrevistar a los padres y si es posible a los maestros.



VII. TRATAMIENTO EN HOSPITAL ESPECIALIZADO:

1) Promoción y prevención:

- Educación y/o consejería:
- Prevención y detección de factores de riesgo
- Fomentar estilos de vida saludables
- Creación y protección de entornos saludables a través de la familia y la escuela.

2) Diagnóstico precoz y Tratamiento:

– Diagnóstico

- Evaluación a todo paciente referido de los Niveles I y Nivel II y diagnóstico según criterios de la CIE-10.
- Diagnóstico de trastorno hiperactivo con comorbilidad y/o complicado.
- Diagnóstico de trastorno hiperactivo refractario.

3) Tratamiento Psicoeducativo:

- Psicoeducación familiar: sobre los trastornos Hiperactivos: diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Psicoeducación en la escuela.

Enfatizando algunas pautas, como las siguientes:

- Conocer las características del desarrollo del niño esperada para su edad.
- Resaltar las conductas positivas y no las negativas, es decir elogiándolo y no desmotivándolo
- Enseñar al niño a controlar sus frustraciones y emociones
- Que el niño sepa que va a perder algo por su comportamiento, evitar la agresión física.
- Hacer reparar el daño por la conducta provocada
- Evitar darle varias órdenes al mismo tiempo.
- Colocar horarios y responsabilidades simples dependiendo de sus posibilidades para ejecutarlas
- Respetar a su hijo y enseñar a respetar a los otros
- Orientar para que el niño ingrese en un programa educativo con pocos estímulos evitando la distracción.
- Sobretodo darle mucho amor, comprensión y paciencia.

4) Tratamiento Psicoterapéutico:

A cargo de especialistas con formación en Psicoterapia Cognitivo Conductual y Terapia Familiar Sistémica

- **Terapia individual:** Mejorar autoestima, reforzar habilidades y terapia de modificación de conducta. Técnicas de Autocontrol, Técnicas de Atención y Concentración, Manejo de emociones, Solución de Problemas, Técnicas de Aprendizaje.
- **Terapia Grupal:** Modificación de conducta - entrenamiento grupal.
- **Terapia Familiar:** Con enfoque sistémico entrenamiento familiar: en el manejo conductual del niño hiperactivo: régimen estructurado de castigos y recompensas, trato firme, establecer reglas, límites, etc.

5) Tratamiento farmacológico:

- Del trastorno hiperactivo no complicado y sin comorbilidad así como de los complicados, con comorbilidad y los refractarios.



HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
OPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. Milagros Toledo Carrillo
Médico Jefe del DSMNA
C.M.P. 23048 R.N.E. 11668

El tratamiento está basado en las siguientes consideraciones:

1. El objetivo es tender a la monoterapia, evitar la polifarmacia.
2. Si un paciente presenta una contraindicación específica para una medicación, debe eliminarse dicha medicación de las posibilidades planteadas para ese paciente.
3. La medicación se elige en función de:
 - Respuesta previa y eficacia del fármaco.
 - Efectos secundarios
 - Características clínicas de la enfermedad
 - Comorbilidad psiquiátrica
 - Comorbilidad médica
 - Costo beneficio
 - Calidad de vida del paciente
4. El criterio más importante es que cada paciente tiene características psicopatológicas diferenciales por lo que se debe buscar un perfil terapéutico psicofarmacológico para cada caso particular.
5. El tratamiento farmacológico en los niños generalmente es hasta la adolescencia y/o vida adulta.
6. Se busca de preferencia que el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes sea eficaz y que tenga menos eventos adversos.
7. El tratamiento farmacológico está presentado en el siguiente orden:
 - 1° Estimulantes: Metilfenidato Primera Línea
 - 2° Atomoxetina Primera Línea.
 - 3° Antidepresivos: Tricíclicos.
 - 4° Fármacos Combinados

1. Metilfenidato de acción inmediata (MPH):

Dosis:

De inicio: 0.25 mg/k/día dividido en 2 dosis o 5mg 1 vez /día ó 2 veces/día. Con dosis máxima 2 mg/Kg/día. La duración de la dosis es de 3 a 4 horas. La dosis se aumenta 5mg/día/semana hasta que reducen los síntomas. Medicamento recomendado como de **primera línea** para tratamiento en niños a partir de los 6 años de edad.

Efectos colaterales

Insomnio: Administrar más temprano, acortar intervalos de dosis o considerar 1 sola dosis al día, evaluar la posibilidad de adjuntar otro medicamento,



HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
OFICIO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. Milagros Toledo Castilla
Médica de 661 DSMNA
C.M.F. 23648 R.N.E. 11669

Anorexia-nauseas-bajo peso-dolor abdominal: Administrar con las comidas, usar suplementos de calorías, no usar comidas forzadas.

Efecto de rebote: Estos efectos no se resuelven con ajuste de dosis ni con cambio de psicoestimulantes.

Irritabilidad: Evaluar síntomas comorbidos, considerar adjuntar otro medicamento o cambiar de alternativa: atomoxetina, litio, antidepresivos, anticonvulsivantes.

Disforia, agitación: Considerar diagnóstico comorbido como desorden del humor, o adjuntar otro medicamento u otra alternativa de tratamiento.

Retardo en el crecimiento: Si presenta a los 6-9 meses falta de ganancia de peso, puede considerarse la suspensión del medicamento los fines de semana, fiestas y vacaciones. Si es severo considerar tratamiento no estimulante ejemplo atomoxetina, agregar suplementos calóricos y antipsicóticos.

Historia de ataque cardíaco: Monitoreo EEG, uso de medicación sin efectos cardiotóxicos.

Contraindicaciones:

Presencia de movimientos involuntarios (Enfermedad de los tics)

Riesgo de abuso de estimulantes en la familia.

Padres que no pueden controlar las dosis del fármaco.

Hipersensibilidad a los psicoestimulantes.

Falta de respuesta o intolerancia a estimulantes:

El 30 % de pacientes no han respondido o no han tolerado estimulantes.

2. Atomoxetina (ATMX):

Primer medicamento no estimulante aprobado por la FDA para el tratamiento de los Trastornos de la actividad y de la atención en niños, adolescentes y adultos. Es utilizado en niños a partir de los 6 años de edad. Con dosis única diaria. Altamente eficaz en todos los dominios sintomáticos de los Trastornos hipercinéticos. Eficacia sobre trastorno desafiante oposicionista, depresión ansiedad, tics/Tourette y efecto positivo sobre sueño.

Es el de **Primera línea** para el tratamiento en los Trastornos de la actividad y de la atención.

Usos:

- En Trastornos de la actividad y de la atención no complicado .
- En Trastornos de la actividad y de la atención refractario.
- Trastornos de la actividad y de la atención con comorbilidad (ansiedad y trastorno depresivo).
- Trastorno de los tics.
- Trastornos disruptivos.
- Trastornos con use de sustancias psicoactivas.



Dosis:

Dosis inicial 0.5 mg/K/día por 2 semanas luego incrementar a 1.2 mg/K/día. Después de 6 semanas si hay respuesta parcial incrementar a 1.4 mg/kg/día. (Aprobado por la FDA).

La dosis máxima permitida en niños y adolescentes con peso menor a 70 Kg. no debe exceder 1.4 mg/K/día.

Reducir la dosis a 0.5 mg/K/día si se está usando inhibidores de citocromo P450 como paroxetina, fluoxetina, ketoconazol, etc. No interactúa con el uso de estimulantes ni con el alcohol.

Se administra en una sola toma por día en la mañana.

Si hay somnolencia, administrar dosis única nocturna y si hubiera efectos adversos gastrointestinales, administrar la medicina con comida que tengan mayor contenido graso.

Efectos adversos:

Dolor abdominal, disminución del apetito, vómitos, somnolencia, incremento de la frecuencia cardiaca, aumento de la presión arterial sistólica y diastólica

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a la atomoxetina
- Combinación con Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)
- Glaucoma
- Precaución en pacientes con taquicardia, hipertensión, o enfermedad vascular o cerebro vascular.
- No se ha establecido su seguridad en población pediátrica < de 6 años.

3. Antidepresivos:**Clomipramina:**

Es el medicamento no estimulante más estudiado y utilizado en niños y adolescentes

Es una segunda línea terapéutica

Útil en comorbilidad con ansiedad, depresión, enuresis y tics

Efectos adversos:

Somnolencia, constipación, resequead de boca, insomnio, hiporexia, dolor abdominal, temblores, hipotensión ortostática, cardiotoxicidad.

Recomendable monitoreo EKG.

Dosis: 0.5 mg. - 1 mg. /k/día, máximo 2 mg. / k/día. En niños pequeños dosis divididos, c/12 horas. En adolescentes 1 sola dosis/día.

Hacer primera evaluación en un tiempo no mayor de 2 semanas (regular dosis).

4. Tratamiento Farmacológico Combinado:

Es de ayuda en TDAH resistente, en eventos adversos asociados, desórdenes comórbidos (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias, etc).



Ejemplos:

THDA + Depresión:

Metilfenidato + Fluoxetina

THDA + Ansiedad, TOC

Atomoxetina+ ISRS

Atomoxetina + Clomipramina

Metilfenidato + Clomipramina

THDA + Depresión Unipolar

Atomoxetina+ISRS

Atomoxetina + clomipramina

estabilizadores del ánimo

THDA + Depresión Bipolar

Antipsicóticos Atípicos,

estabilizadores del humor,

clonidina, estimulantes

En el tratamiento combinado hay que evaluar el beneficio, el costo, la interacción entre drogas, la toxicidad, implicancias

5. CRITERIOS DE ALTA:

Remisión parcial o total de síntomas de déficit atención, hiperactividad e impulsividad y que permitan mejoría en el funcionamiento global del niño y/o adolescente.

Muchos niños y adolescentes requieren de tratamiento por varios años, alrededor del 50 a 80% de trastornos hipercinéticos persisten en la adolescencia y del 40 al 60% persiste en la edad adulta.

6. PRONOSTICO:

El pronóstico de los Trastornos de la actividad y de la atención depende de la intensidad del cuadro, del tiempo transcurrido hasta el diagnóstico y como el grupo familiar y el contexto social interactuaron con el niño. En síntesis en el diagnóstico y pronóstico de estos trastornos se deben considerar distintas formas de intensidad del cuadro, desde niños en que unos meses de orientación y tratamiento adecuado es suficiente, hasta aquellos pacientes que requieren varios años de tratamiento integral para conseguir una aceptable conducta adaptativa, especialmente en el área de las relaciones interpersonales o grupales.

Se ha estimado que sólo alrededor del 30 al 50% de los niños con este trastorno finalmente superan su problema al llegar a la vida adulta.

Los factores que inciden en el pronóstico son: (6,17)

- 1) El Nivel Socioeconómico y el Coeficiente intelectual, están relacionados con un mejor desempeño académico y un menor índice de trastornos de conducta severos.
- 2) El grado de agresividad está relacionado en forma directa con un mal pronóstico en las áreas académica y social, y con un mayor riesgo de adicciones y conductas delictivas.
- 3) El grado de aceptación o rechazo que haya experimentado el niño en la relación con sus pares incidirá sobre la presencia o no de problemas interpersonales en la edad adulta.



- 4) La presencia de problemas psiquiátricos en los padres, así como de hostilidad en las interacciones familiares aumenta el riesgo de trastornos emocionales y de conducta

El trastorno de la actividad y de la atención es una condición crónica y duradera, Cerca de la mitad de los niños con este problema continuarán teniendo síntomas Incómodos de falta de atención o impulsividad cuando adultos.

Las estadísticas muestran que existe un aumento de la incidencia de delincuencia juvenil, consumo de alcohol y drogas y de enfrentamientos de adultos con la ley entre individuos que padecieron el Trastorno de la actividad de la atención cuando eran niños. Por lo tanto, no se deben escatimar esfuerzos para controlar los síntomas y enfocar la energía del niño hacia caminos constructivos y educativos.

VIII. COMPLICACIONES: (1,27)

- Maltrato infantil
- Fracaso Escolar
- Abuso de alcohol y drogas
- Trastorno de personalidad psicopática
- Trastorno de personalidad borderline

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

9.1. REFERENCIA:

Los pacientes con diagnóstico presuntivo de trastorno hiperactivo serán referidos mediante un documento de referencia de un establecimiento de menor complejidad para realizar el diagnóstico definitivo y brindar el tratamiento integral antes descrito.

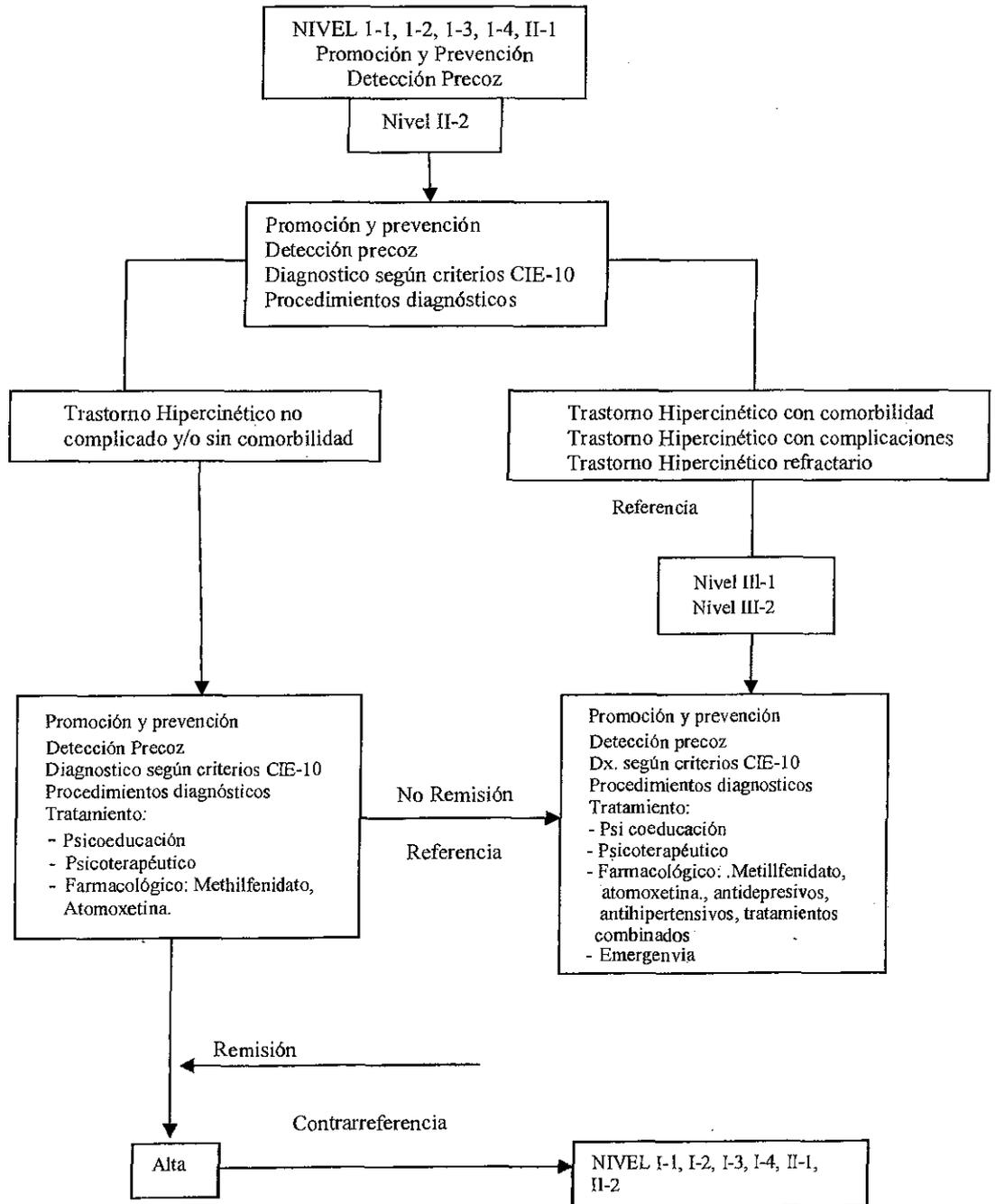
9.2. CONTRARREFERENCIA:

Los pacientes con Trastorno hiperactivo requieren generalmente de tratamiento farmacológico prolongado. Por lo tanto muchos pacientes tendrán que ser manejados en nuestro Hospital hasta la remisión de los síntomas.

Se contrarrefiere los pacientes con trastornos hiperactivos no complicados y sin comorbilidad, con sintomatología controlada para que pueda ser manejado por médicos psiquiatras generales, neurólogos y pediatras entrenados en el manejo, siempre y cuando estos hospitales de destino cuenten con el petitorio farmacológico recomendado para esta patología y con equipos multidisciplinarios.



IX. FLUJOGRAMA /ALGORITMO DE DECISIONES CLINICAS Y TRATAMIENTO



HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
OPTO. DE SALUD INFANTIL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Dr. Guillermo Toledo Castillo
Médico Jefe del DSMNA
C.R.P. 23648 R.N.E. 11669

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), Washington DC 1994, Editorial Masson, S.A.
3. Spencer, T. (2004). ADHD Treatment Across the Life Cycle. *J. Clin Psychiatry*; 65 (suppl 3)
4. Puig, C. Bales, C. (2003). Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/ H). Ediciones CEAC.
5. Parmelee, D. (1988). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. I Edición, Editorial Casanova, España.
6. Puerta, G. (1995). Aspectos Neuropsiquiátricos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad -TDAH-. *Neuropsiquiatría Imágenes del Cerebro y la Conducta Humana*, 341-357.
7. [http://www.intramed.net/UserFiles/Files/ Dra_Silvia_Tenembaum .PDF](http://www.intramed.net/UserFiles/Files/Dra_Silvia_Tenembaum.PDF) 42 pantallas
8. Dupaul, G.J. Et Al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 508-15
9. Greenhil. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 7); 31-41
10. Faraone SV, et al. *Biol Psychiatry* 2000, 48: 9-20
11. [http://www.f-adana.org/uploads/jornadas/ Trastorno.comorbilidad.pdf](http://www.f-adana.org/uploads/jornadas/Trastorno.comorbilidad.pdf) 16 pantallas
12. http://www.psyncron.com/esp/download_pdfs/TDAH_2.pdf 33 pantallas comorbilidad
13. Jensen P et al. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-1086. Spencer et al. *Pediatr Clin North Am* 2000; 46:915-927
14. <http://www.nichcy.org/pubs/spanish/fsl4sp.pdf> 45 pantallas
15. Gittelman R. Mannuzza S. et al. 1985: Hyperactive boys almost grown up. *Archives of General Psychiatry*, 42: 937-947.
16. Fischer M. Barkley R. et al. 1993: The Adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *J Am Acad Child Psychiatry*, 32: 324-332.
17. Green, W. H. (2001). *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. Third Edition.
18. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000; 105(5). 1158-1170.
19. Barkley, R.A, (1988), The effects of methylfenidato on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27: 336-341.
20. Gadow, K.D., Nolan, E. E., Sverd, J., Sprafkin J. Paolicelli, L. (1990), Methylphenidate in aggressive-hyperactive boys: I Effects on peer agresión in public school setting. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:710-718



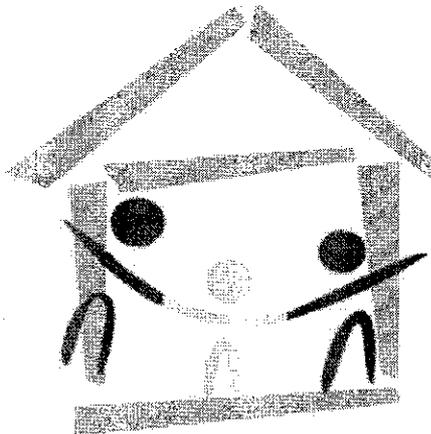
21. Michelson D, Faries D, Wernicke J, et al. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* 2001;108(5):e83.
22. Michelson D, Allen AJ, Busner J, et al. Once-Daily Atomoxetine Treatment for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Study. *Am J Psych* 2002;159:1896-1901.
23. Kelsey D, Sumner C, Casat C, et al. Once-Daily Atomoxetine Treatment for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Including an Assessment of Evening and Morning Behavior: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Pediatrics* 2004;114(1):e1-e8
24. Weiss M, Rannock R, Kratochvil C, et al. Controlled study of once-daily atomoxetine in the school setting. Presented as a poster at: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; October 14-19, 2003; Miami, Florida.
25. Weiss Gand Hechtman L. 1986: Hyperactive children grown up. New York: Guilford Press.



HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
OPTID DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
.....
Dra. M. Toleda Castillo
Medico Jefe del DSMNA
C.M.P. 20048 R.N.E. 11669



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES



GUIA DE PRACTICA CLINICA EN
DEPRESION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Enero 2011



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
Miguel Ángel Toledo Cosrillo
Jefe del DSMNA
M.P. 23648 R.N.E. 11669

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA EN DEPRESION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La guía de práctica clínica para la atención de depresión en niños y adolescentes esta dirigida para establecimientos de salud de nivel I, II y III.

I) NOMBRE Y CODIGO:

La guía hará referencia a los episodios depresivos F32 (según CIE 10), que comprenden:

F32.0	Episodio depresivo leve
F32.00	Sin síntomas somáticos
F32.01	Con síntomas somáticos
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.10	Sin síntomas somáticos
F32.11	Con síntomas somáticos
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F33	Trastorno depresivo recurrente

II) DEFINICIÓN:

1.- Definición:

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento y del comportamiento que persisten por tiempo habitualmente prolongado (de 2 semanas o más). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos. Empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la padecen.

2.- Etiología:

La depresión tiene una predisposición genética, en familiares de primer grado es diez veces mas frecuente, existe evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como serotonina, noradrenalina y dopamina.

3.- Fisiopatología:

Se ha dado importante atención al estudio de los aspectos biológicos como la presencia de un patrón de síntomas que pueden ser debidos a alteraciones en el cortex prefrontal, diencefalo y del sistema límbico.

4.- Epidemiología:

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi reportan que la prevalencia de depresión en Lima y Callao fue de 18.2 % en el 2002, en la Sierra 16.2 % en el 2003 y en la selva 21.4 % en el 2004.



III) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- 1.- Factores Hereditarios:
Historia familiar de depresión (predisposición biológica)
- 2.- Factores Psicosociales
 - Conflicto familiar severo (Violencia Intrafamiliar)
 - Maltrato Infantil
 - Pérdida de la madre (antes de los 11 años)
 - Separación de los padres en el último año
 - Muerte de familiar en los últimos 6 meses
 - Conflicto escolar severo
 - Antecedente de suicidio en la familia
 - Carencia de estabilidad y/o afectividad en la infancia o en la adolescencia
 - Inestabilidad emocional de los padres, en especial depresión de la madre
 - Abuso de alcohol y/o drogas
 - Enfermedad física o dolor crónico
 - Discapacidad psíquica o física
 - Escasa participación y apoyo en red social.

IV) CUADRO CLÍNICO:

Caracterizado por:

- Tristeza Patológica, es la tristeza que interfiere negativamente en la vida familiar, escolar y social. Se evidencia generalmente en adolescentes.
- Retraimiento
- Irritabilidad
- Hiperactividad
- Disminución de la concentración
- Tendencia a descalificarse
- Pérdida de autoestima
- Desgano y anhedonia: "sin ganas de vivir", apático
- Ansiedad: Cuando predomina es una depresión ansiosa.
- Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño, se despierta temprano y malhumorado. En algunos casos pueden tener más horas de sueño.
- Alteraciones del pensamiento: Imagina tener enfermedades, sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento es lento y tienen problemas de memoria y distracción.
- Alteraciones somáticas: Como dolores crónicos, estreñimiento, sudoración nocturna, fatiga, etc.
- Alteraciones del comportamiento: Puede estar quieto o presentar crisis de angustia o llanto y disminuye su rendimiento en los estudios.
- Alteraciones del apetito y el peso: Disminución o incremento
- Pérdida de interés en el deporte y los juegos
- Sentimiento de culpa
- Pensamientos recurrentes de muerte y suicida
- Cansancio, generalmente en la mañana



La depresión del adolescente generalmente se relaciona con el mal funcionamiento familiar y puede asociarse con ansiedad, problemas de conducta y abuso de alcohol o drogas en 40-90 % de casos

Muchos adolescentes con depresión experimentarán una recaída de 20% a 60% en dos años y 70%: recaen cuando son adultos.

V) DIAGNÓSTICO

Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR). Para los efectos de esta guía será utilizada la clasificación internacional CIE 10.

El trastorno depresivo recurrente presenta similar sintomatología pero la persona ha experimentado al menos un episodio previo. El diagnóstico es clínico y debe hacerse en entrevista que utilice criterios diagnósticos del CIE 10.

Síntomas de Episodio Depresivo:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. Síntomas de episodio depresivo:
 1. Humor depresivo
 2. Pérdida importante de interés en actividades que eran placenteras.
 3. Disminución de la vitalidad o cansancio exagerado
 4. Pérdida de confianza y sentimiento de inferioridad
 5. Pensamientos de culpa y de ser inútil
 6. Pensamientos o actos suicidas
 7. Trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias)
 8. Trastorno de apetito (anorexia o hiperorexia)
- C. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

En adolescentes pueden existir:

- Irritabilidad
- Pérdida de interés en los deportes, videojuegos y en actividades con amigos
- Bajo rendimiento escolar y aislamiento social.
- Conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas)
- Disminución de peso
- Quejas físicas como dolor de cabeza o estómago
- Negación de levantarse para ir a la escuela
- Ideas o comportamientos suicidas recurrentes
- Consumo de sustancias y conductas antisociales.

Episodio depresivo leve: La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: La persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: La persona con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes.

Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave



con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

La depresión leve y moderada están relacionadas a mayor vulnerabilidad, mientras la severa tiene una mayor influencia genética.

VI) EXAMENES AUXILIARES

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo escalas de ayuda diagnóstica.

En el primer nivel de atención se dispone de escalas de autoevaluación que realiza el propio paciente o el personal de salud, como la Escala de salud personal o el Cuestionario de autoaplicación (SRQ) que luego debe ser evaluado por el médico.

La Escala de Depresión de Hamilton permite evaluar la gravedad de la depresión y la evolución del tratamiento.

Valoración de la Escala de Hamilton (17 ítems), para Depresión:

- Normal: Menor o igual a 7 puntos
- Depresión Leve: De 8 a 13 puntos
- Depresión Moderada: De 14 a 18 puntos
- Depresión Severa: De 19 a 22 puntos
- Depresión Muy Severa: Mayor o igual a 23 puntos

VII) MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Niveles de Atención por complejidad:

- Nivel I-1: Establecimiento sin personal médico
- Nivel I (2, 3, 4) y Nivel II-1: Establecimiento con personal médico no psiquiátrico
- Nivel II (2) y III (1): Establecimiento con servicio de psiquiatría

Medidas generales preventivas: En la educación familiar y escolar:

- Prevención de la violencia y el estrés
- El aporte de un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado
- El aprendizaje del autocontrol

Medidas individuales preventivas:

- Fomentar las relaciones sociales que les brinden un soporte emocional e informativo.
- Mejorar la comunicación con padres, amigos y compañeros
- Fomentar el ejercicio físico
- Mejorar el sueño y la alimentación



Niveles de Atención

Nivel I-1:

Objetivos:

- Promoción de estilo de vida saludable
- Trabajo en habilidades sociales en niños y adolescentes
- Prevención del maltrato
- Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia
- Consejería individual y grupal
- Charlas informativas y educativas
- Psicoeducación
- Identificación de casos de prevención
- Referencia de casos a niveles de mayor complejidad

Modalidad de atención: No médica

Criterios de referencia:

- Identificación del problema y derivación a niveles I-2, I-3, I-4, II-1.
- Pacientes con ideación suicida deben ser derivados a establecimientos con psiquiatra

Nivel I-2, I-3, I-4, II-1:

Objetivos:

- Detección precoz de casos
- Explicar la naturaleza de la depresión a los familiares
- Dar apoyo psicoterapéutico
- Manejo individual y grupal de la depresión
- Trabajo en habilidades sociales en niños y adolescentes
- Prevención del maltrato
- Psicoeducación
- Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad

Modalidad de atención: Médica (No psiquiátrica)

Responsabilidades del Médico:

- Realizar Historia Clínica
- Identificar síntomas principales
- Evaluar ideación suicida o síntomas somáticos
- Conocer antecedentes depresivos personales-familiares previos y tratamientos recibidos
- Determinar estresores precipitantes
- Establecer el funcionamiento previo y actual
- Evaluar el soporte social
- Examen Físico: Descartando enfermedades médicas no psiquiátricas que pueden generar síntomas depresivos (hipotiroidismo, brucelosis, etc)



Tratamiento Médico:

Se recomienda de Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). No existen diferencias importantes en la acción antidepresiva de los diferentes ISRS. Dosis recomendadas de los fármacos más usados:

- Fluoxetina 20 a 60 mgrs diarios;
- Sertralina 50 a 100 mgrs diarios;
- Paroxetina 20 a 40 mgrs diarios.

Se recomienda iniciar con la mitad de dosis.

Los efectos secundarios de los ISRS se producen en el 10-20 % de los adolescentes. Presentan: náuseas, diarreas o dispepsia, pérdida de peso, inapetencia; y sequedad de boca

Los ISRS pueden ser asociados a ansiolíticos durante las dos primeras semanas de tratamiento, cuando la depresión se acompaña de ansiedad moderada. Puede usarse Clonazepam en dosis de 1-2 mg/d, en dosis fraccionada mañana y noche o sólo por la noche.

Psicoterapia:

Las terapias psicológicas son efectivas en el tratamiento de la depresión: la terapia cognitivo conductual y la terapia conductual.

NIVEL II-2, III-1

Objetivos:

- Atención de pacientes con pobre respuesta al tratamiento ambulatorio
- Tratamiento de comorbilidad
- Atención de conductas suicidas
- Tratamiento psicoterapéutico
- Programa de seguimiento
- Generación de redes de soporte
- Generación de redes de derivación
- Psicoeducación
- Trabajo en habilidades sociales en niños y adolescentes
- Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia
- Prevención del maltrato

Tratamiento Médico

En caso de comorbilidad psiquiátrica, se utilizarán psicofármacos para la patología específica (ej. Antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, etc.)

El tratamiento de la depresión consta de 3 fases:

- Fase Aguda: se considera hasta la remisión de los síntomas depresivos (8-12 semanas)
- Fase de Continuación: Tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir las recaídas
- Fase de Mantenimiento: El objetivo de ésta fase es prevenir las recurrencias



Tratamiento Farmacológico:

Se inicia con dosis bajas de antidepresivos, a fin de minimizar efectos secundarios, se incrementa gradualmente.

Para Fluoxetina, Paroxetina y Citalopram de 20 a 30 mg./d, para sertralina de 50 a 100 mg/d y para fluvoxamina de 100-200 mg/d. El efecto antidepresivo se obtiene a las 2 semanas y los efectos máximos a las 4 a 6 semanas.

Es necesario valorar el grado de cumplimiento y el riesgo de suicidio.

Si a las 4 semanas no se observa una respuesta terapéutica, se puede aumentar la dosis, asociar o cambiar a otro antidepresivo .

Complementar con tratamiento psicoterapéutico.

En pacientes con un episodio de depresión, se debe dar antidepresivos entre 8 a 9 meses de tratamiento y en pacientes con más de 3 episodios, la duración del tratamiento puede ser de 2 a 5 años.

El retiro de los medicamentos debe ser lenta y gradual, a fin de evitar el síndrome de retirada. La paroxetina es el antidepresivo con mayor riesgo de síndrome de retirada. Con los ISRS los síntomas más frecuentes son mareos, náuseas, letargia, cefalea, etc.

Criterio de Referencia:

- Aparición de complicaciones psiquiátricas severas.

Criterios de contrarreferencia:

- Remisión de depresión en fase aguda
- Remisión de ideación suicida
- Respuesta a protocolo de depresión

NIVEL III-2

Objetivos:

Atención de pacientes refractarios o de evolución tórpida a tratamiento convencional

Manejo de interurrencias

Posibilidad de internamiento

Tratamiento Médico:

Se utilizan antidepresivos a mayores dosis, o combinación de ellos. Se siguen las recomendaciones del nivel III-1

Criterios de Alta Médica:

Dos años de evolución asintomática

Escala de Hamilton con puntaje menor o igual a 7.

Pronóstico:

El 70 % de pacientes con depresión responden al tratamiento antidepresivo de primera línea.

Un 15 % de pacientes evolucionan a la cronicidad. En algunos casos el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

Un factor de mal pronóstico es la comorbilidad de depresión con psicosis, por la recurrencia del cuadro psicótico.

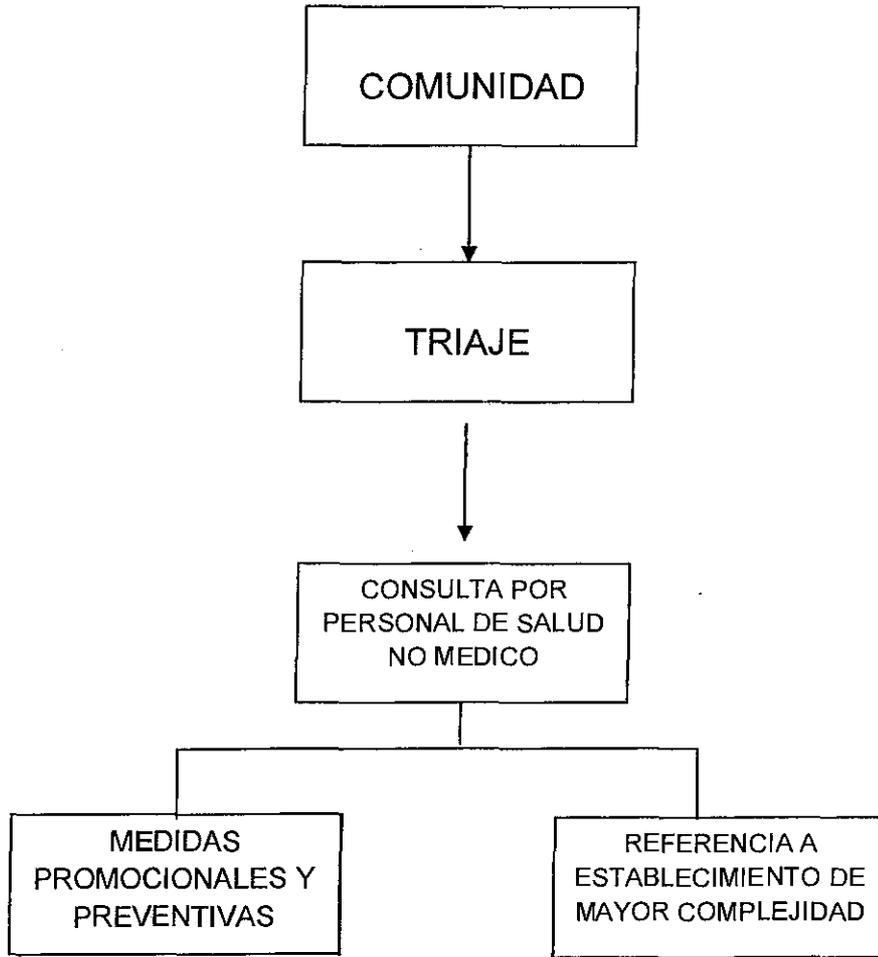
En adolescentes los factores de mal pronóstico son: sexo femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, antecedente familiar de depresión, rasgos de personalidad límite, conflictos con los padres, consumo de sustancias, etc.



HOSPITAL
DPTO. DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dr. *[Firma]*
Hospital Herminio Valdizola
C.M.P. Edo. R.M.E. 11669

IX) ANEXOS:

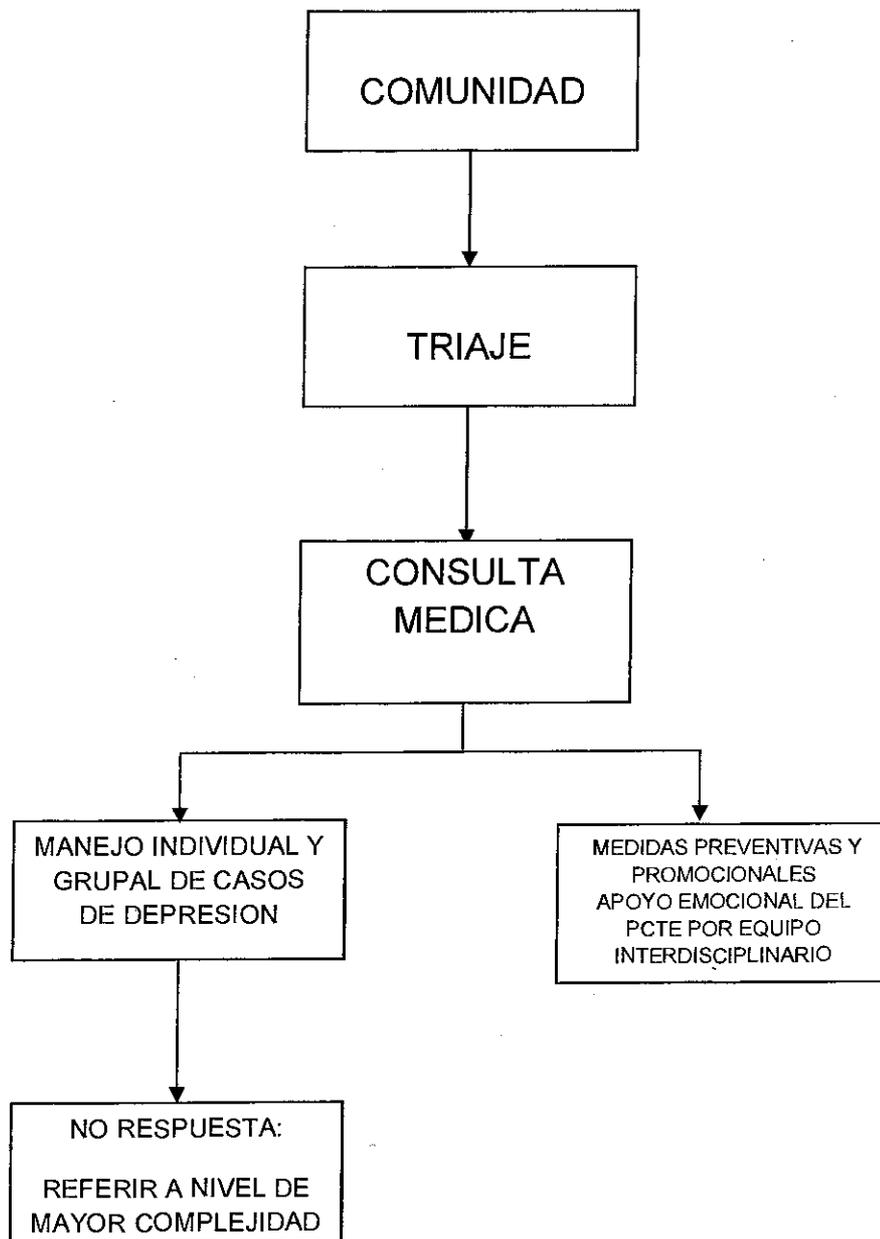
FLUJOGRAMA DE ATENCION DE PACIENTES CON DEPRESIÓN
EN EL NIVEL I-1



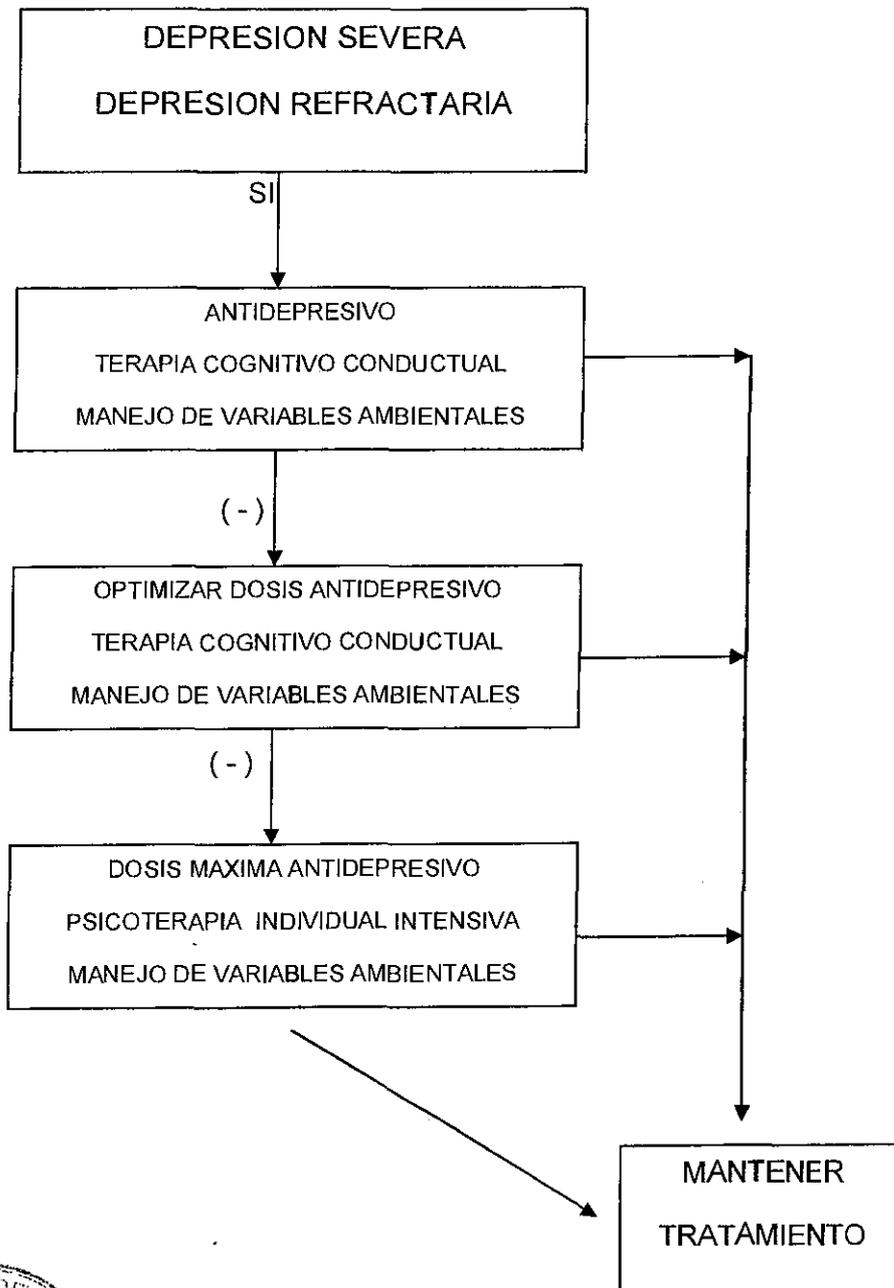
HOSPITAL DE SALUD MENTAL DEL INGRESO ALIADO
Dra. *[Firma]*
Medicina de la DSMRA
C.M.F. 23648 R.N.E. 11669



FLUJOGRAMA DE ATENCION DE PACIENTES CON DEPRESIÓN
EN EL NIVEL I-2, I-3, I-4 Y II-1



FLUJOGRAMA DE ATENCION DE ADOLESCENTES CON
DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA AL TRATAMIENTO
EN EL NIVEL III



HOSPITAL GENERAL DE SALUD VALDIZAMA
DPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. *[Firma]*
Médica Psiquiatra
C.M.P. 27668 R.N.E. 11669



BIBLIOGRAFIA:

AMERICAN ACADEMY CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998; 37 (Suppl): 63S-83S.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD, Guía Clínica para el tratamiento de personas con Depresión . Ministerio de Salud de Chile. 2006.

GUIA DE PRACTICA CLINICA EN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. Dirección General de Salud de las personas. MINSA. Lima-Perú. 2006.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL. Programa de Atención Primaria de la Depresión. Módulo Educativo sobre Trastornos Depresivos para médicos generales. Lima Perú. 1998.

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, Vol 167, Nro 10, Octubre 2010.

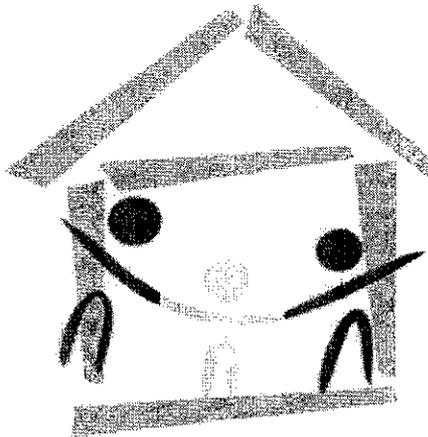
www.biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsm.htm

ALVARO VALDIVIA
Jefe de la División de
Atención al Niño y Adolescente
Carros Toledo Castilla
Jefe de la División
M.F. 33648 R.N.E. 11669





HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y DOLESCENTES



GUIA DE PRACTICA CLINICA EN
“URGENCIAS PSIQUIATRICAS INFANTILES”

MARZO 2012

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DPTO. DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
.....
Dra. ~~Milagros~~ **Arredondo Castillo**
Médica Jefe del DSMNA
C.M.P. 23048 C.N.E. 11669



I. FINALIDAD

Este documento tiene como finalidad proporcionar una guía actualizada de trabajo al Médico Psiquiatra que se encuentra en el Servicio de Emergencia, que pueda disponer de una herramienta que permita el manejo clínico inicial de un paciente niño o adolescente que acuda a dicho servicio.

II. OBJETIVO

- Estandarizar criterios para la toma de decisiones frente a las Urgencias psiquiátricas de niños o adolescentes que acudan al Servicio de Emergencia.
- Brindar un manejo oportuno, seguro y adecuado a los pacientes que presentan una urgencia psiquiátrica, que permita proporcionarles una atención terapéutica inmediata.
- Disponer de una herramienta consensuada que facilite el manejo del paciente niño y adolescente que acuda al Servicio de Emergencia para recibir atención.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Médico Psiquiatra que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Hermilio Valdizán.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias Psiquiátricas de Niños y Adolescentes.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

El término urgencia procede de urgir (urgere) que significa cualquier alteración emocional o de la conducta que puede producir daños a terceros o a sí mismos; por lo cual requiere una atención rápida y eficaz del médico psiquiatra dirigida a aliviar la situación inmediata.

Es un proceso que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente y la familia consideren difícil el control de la situación.

5.2. ETIOLOGIA

- Agitación Psicomotriz.
- Intento Suicida
- Psicosis aguda
- Reacciones adversas a Fármacos.



5.3.FISIOPATOLOGIA

La decisión de acudir a la emergencia proviene mayormente del adulto, quien lo trae, se deberá recabar la información de diversas fuentes, a veces contradictoria que tendrá que reconciliar o rechazar. Si es llevado por otra persona ajena a la familia, preguntarle antes que abandone el recinto para conocer los detalles; así como los detalles sobre los posibles contactos y cuidadores del niño.

La evaluación de riesgos potenciales es una tarea importante y difícil. Lo crucial es determinar si el paciente está preparado para regresar a su medio y a su vida normal; está decisión dependerá del riesgo al que estaría expuesto el paciente para él mismo y los demás.

La intoxicación medicamentosa con fines suicidas, episodios psicóticos y agitación persistente; donde el ambiente familiar del paciente, su capacidad de protección y contención así como el resultado de intentos ambulatorios previos son datos útiles para decidir la posible necesidad de un ingreso hospitalario. La impulsividad, el escaso insight del paciente, conductas de riesgo (promiscuidad, abuso de sustancias, peleas, conductas temerarias) o la autoagresividad, aún sin claro intento suicida, son datos a tener en cuenta.

Muchos niños pueden ser agresivos en un ambiente y no en otros, por lo que la evaluación del comportamiento en la emergencia es de escaso valor. Una actitud agresiva o hostil durante la crisis no determina la necesidad de hospitalización si el ambiente donde se desarrollo se puede modificar.

Se consideran criterios para que un paciente sea ingresado a la emergencia. Tabla 1.

Es importante una adecuada evaluación psicopatológica del niño y adolescente. Tabla 2

5.4.ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las principales patologías atendidas en las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes son más frecuentes en las mujeres.

En los últimos años la demanda de urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes ha aumentado, siendo muchas veces la atención la puerta de entrada a los servicios de salud mental.



5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1 Medio ambiente

A veces los síntomas del paciente dependen del ambiente en que se desarrolla: la familia, los amigos y la escuela; son un soporte muy importante para los niños y adolescentes. Los padres tienden a reconocer las dificultades conductuales de sus hijos, pero minimizan y no hablan de sus propias dificultades (separación, malos tratos etc.) que pueden estar determinando la aparición de la crisis.

5.5.2 Estilos de vida

La familia y la sociedad no ofrecen en ocasiones alternativas de estilo de vida saludable para los niños y adolescentes, llevándoles muchas veces a situaciones que puedan desencadenar cuadros psiquiátricos que ameritan atención y tratamiento.

5.5.3 Factores Hereditarios

Muchas enfermedades psiquiátricas que son causantes de verdaderas urgencias psiquiátricas; pueden ser atribuidas a factores hereditarios y otras a factores ambientales, pero la gran mayoría de enfermedades es debido a la suma de ambos factores que se imbrican en forma diversa.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

AGITACION PSICOMOTRIZ

Estado agudo caracterizado por conductas que básicamente implican gran actividad motora, auto y heteroagresividad; también puede haber angustia, alucinaciones, ideas delirantes, desorientación temporoespacial.

Lo más común es que acuda en contra de su voluntad, se niegue a colaborar y adopte una actitud impulsiva, amenazante y descontrolada; donde el personal adopte las medidas pertinentes y ante todo conservar la calma.

La forma de presentación de la crisis es variable, y depende de las circunstancias que rodean al hecho y de las características propias del individuo.

La crisis de agitación puede ser esporádica y responder a una situación concreta altamente estresante para el niño o adolescente, o puede ser un modo habitual de respuesta ante la frustración. Puede tener un carácter amenazante para el paciente, para los que le rodean o para ambos.



INTENTO SUICIDA

Se lo puede definir como toda acción personal, dirigida contra uno mismo, que tiene por finalidad la muerte.

Es necesario, plantear y diferenciar distintas situaciones (intento de suicidio, amenazas de suicidio, ideas de suicidio), lo importante es que el médico tome en serio cualquier amenaza, gesto o intento de suicidio, incluso en aquellos casos en que a primera vista parezca que el paciente desea manipular a los demás.

El intento de suicidio es frecuente en niños o adolescentes deprimidos crónicamente, en quienes la ansiedad aumenta intensamente, como una vivencia aguda e intolerable que los conduce a la decisión suicida.

No hay que diferenciar entre gestos, amenazas y verdaderos intentos porque en todos los casos es preciso actuar de igual manera. Es imperioso considerar todo intento de suicidio en forma seria y responsable y estudiar los factores asociados o desencadenantes de esta conducta para mejorar la condición física del paciente y tratar el cuadro clínico subyacente.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE FARMACOS

Los pacientes acuden por los efectos secundarios de los medicamentos prescritos, se centrarán en Acatisia y distonía aguda:

Acatisia: Sensación subjetiva de la necesidad de moverse, que se acompaña de inquietud psicomotriz, deambulación, ansiedad y disforia crecientes, donde el sueño puede estar alterado.

Los casos leves pueden diagnosticarse como ansiedad y los casos graves pueden confundirse con agitación psicótica, lo que conlleva a un aumento de la dosis del antipsicótico y empeoraría el cuadro.

Distonía aguda: Contracciones tónicas que pueden afectar a diferentes grupos musculares como cuello, boca, lengua, musculatura axial o extremidades. También pueden producirse crisis oculogiras y opistótonos.

URGENCIAS EN MENORES DE 6 AÑOS

Las preocupaciones que llevan a los padres a solicitar una consulta psiquiátrica tienen que ver con: la problemática emocional, conductual, de alteración del desarrollo, de las relaciones y del rendimiento escolar. Aunque muchas veces el niño manifiesta con su conducta la problemática familiar o parental.



6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

AGITACION PSICOMOTRIZ

El diagnóstico se basa en: la información que aporta la familia y los acompañantes del paciente, la historia médica, la historia psiquiátrica, la exploración física y psicopatológica y las pruebas complementarias.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes que pudieran desencadenar la crisis pueden ser:

- a. Trastornos cuyo síntoma común es la impulsividad: trastorno oposicionista, trastorno de conducta, déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar, intentos suicidas y características temperamentales exacerbadas por condiciones ambientales anómalas.
- b. Consumo y dependencia de drogas
- c. Trastornos psicóticos con síntomas activos que lo llevan a comportarse de modo agresivo.
- d. Trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental y déficits cognoscitivos que pueden favorecer reacciones agresivas.
- e. Medio familiar caótico y desorganizado, con violencia, privación y maltrato del paciente.
- f. Abuso sexual y estrés postraumático que dan lugar a reacciones de violencia ante situaciones de estrés.
- g. Metaboloopatías, infecciones, encefalopatías, ingestiones medicamentosas y eventos adversos de los fármacos, que dan lugar a cuadros de delirium con desorganización de la conducta y agresividad.
- h. Enfermedades neurológicas que pueden manifestarse con irritabilidad y agresividad.

INTENTO SUICIDA

El intento de suicidio se considera en niños mayores de 7 años, porque en niños más pequeños el intento se confunde con un accidente.

El medio más frecuente de intento de suicidio en la adolescencia, es el consumo de medicamentos o sustancias venenosas con la intención de quitarse la vida, intento que en la mayoría de los casos, deja pocas secuelas físicas.



Con menos frecuencia se observan intentos de suicidio por heridas en las muñecas o en el cuerpo y, últimamente, suicidios por ahorcamiento

Las causas más frecuentes de intento suicida son: depresión, psicosis, cuadros de ansiedad muy intensos, consumo de sustancias o alcohol, dinámica familiar disfuncional, problemática con amigos o compañeros de clases; la suma de varios de estos factores hace sospechar la presencia de un intento suicida.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE FARMACOS

Habitualmente se inicia durante los primeros días de tratamiento, puede fluctuar espontáneamente y desaparecer en un ambiente tranquilo lo que provoca en el clínico la falsa impresión que el movimiento es por ansiedad.

URGENCIAS EN MENORES DE 6 AÑOS

Se tiene una baja frecuencia de urgencias psiquiátricas en < 6 años.

Es importante la evaluación del niño en su entorno: familiar, escolar, comunitario y cultural, debido a la dependencia del niño a su entorno. En la exploración psiquiátrica es necesario evaluar: la relación del niño con el cuidador que lo acompaña, y desde la perspectiva del desarrollo y de los trastornos psicopatológicos.

Habitualmente las preocupaciones que conducen a los padres y tutores a solicitar una consulta psiquiátrica, tienen que ver con una problemática emocional, conductual, de alteración del desarrollo, de las relaciones y del rendimiento escolar

Los trastornos psiquiátricos que se diagnostican con más frecuencia en este grupo de edad son:

- Trastornos adaptativos: desde la excitación, irritabilidad, inhibición, problemas del sueño y la alimentación o alteraciones en los hitos del desarrollo.
- Trastornos de conducta; actitudes negativista-desafiantes, heteroagresividad y rabietas.
- Trastornos del humor: la depresión puede manifestarse con síntomas conductuales, somatización, tristeza o inhibición.



- Trastornos de ansiedad: a partir de los 3 años se manifiestan con somatizaciones y elementos fóbicos.
- Hiperactividad y déficit de atención.
- Trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental, que muchas veces acuden cuando están descompensados.

6.2.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay una gran variedad de entidades neurológicas, endocrinas infecciosas y farmacológicas; las cuales son necesarios investigar utilizando una historia clínica minuciosa, solicitando el apoyo de los padres o cuidadores primarios del niño o del adolescente.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

Se solicitan los exámenes auxiliares que se consideren necesarios según la sospecha clínica que se tenga: metabolitos de drogas, EEG, perfil hematológico y perfil hepático.

Descartar patología orgánica de fondo efectuando la interconsulta respectiva al médico internista o neurólogo.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS AGITACION PSICOMOTRIZ

La evaluación y el tratamiento debe hacerse en un medio seguro para el paciente incluso pueden aumentar la agitación, por lo que está indicado las medidas ambientales, contención física, contención verbal y sedación farmacológica.

Medidas ambientales:

- o Separar al paciente de la causa que le genere la agresividad.
- o Decidir si los acompañantes favorecen la contención o agresividad.
- o Realizar la entrevista en lugar tranquilo.
- o El paciente y examinador deben estar colocados de tal forma que ambos tengan acceso a la puerta.
- o Respetar la privacidad del paciente pero sin correr riesgos.



Medidas de contención verbal:

- Iniciar la entrevista con temas diferentes a la violencia.
- El paciente hable de sus emociones y la situación que desencadenó la violencia.
- Actitud empática.
- Inducirle sentimientos de tranquilidad "luego de hablarlo te sentirás más tranquilo", sólo se hará si el paciente no muestra actitud desconfiada al psiquiatra.
- Ayudarlo a separar la realidad objetiva del concepto subjetivo distorsionado de la realidad.

Medidas de contención física:

Debe realizarse tras otras intervenciones menos traumáticas, no obstante hay situaciones en que está es la primera actuación indicada.

Una vez realizada la contención el médico debe evaluar al paciente en 2 horas, y decidir si se mantiene o no la contención.

INTENTO SUICIDA

Forjar la alianza terapéutica con el niño y sus padres. Establecer una comunicación abierta y sincera, evitar la coerción. La alianza terapéutica conseguida en el primer contacto fomenta la adherencia terapéutica en el futuro y es importante ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento.

Valorar la presencia de factores que sugieren la necesidad de hospitalización:

- Complicación médica grave.
- Elevado riesgo por persistencia del deseo de morir e intención suicida.
- Rechazo a cualquier ayuda.
- Antecedente de intento suicida con método muy letal o infrecuente.
- Presencia de síntomas psicóticos, que sugiere pobre capacidad de insight.
- Comportamiento impulsivo.



- Agitación psicomotriz.
- Ausencia de apoyo familiar.

Si existen dudas sobre la necesidad de hospitalización se recomienda da la prudencia.

MENORES DE 6 AÑOS

Tras una valoración es preciso reforzar si se decide o no ingresar a una unidad de salud mental o a otro servicio especializado.

Los padres son los objetivos básicos de la intervención por lo que el médico psiquiatra debe estar atento a los sentimientos de culpa o los mecanismos de defensa proyectivos. Es preciso realizar una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica, que lleve a hacer una adecuada vinculación a hacer uso de los servicios de salud mental.

6.4.2 TERAPEUTICA

AGITACION PSICOMOTRIZ

La mayoría de los pacientes se benefician con la administración de un medicamento tranquilizante. En pacientes psicóticos se administrará antipsicóticos, mientras si la agitación no es psicótica el fármaco de la elección son las benzodiacepinas.

En función de la intensidad de los síntomas, del grado de cooperación del paciente y de la necesidad de una sedación rápida o no, se utilizará la vía oral o parenteral, fundamentalmente la intramuscular ya que la vía endovenosa es un poco inviable en este tipo de pacientes.



Pauta de contención farmacológica en agitación aguda

<p>Oral: inquietud o agitación moderada</p> <p>Benzodiazepina de vida media larga no sedante y antipsicótico típico de absorción rápida. En caso de ataque de pánico: benzodiazepina de vida media corta sublingual.</p>
<p>Parenteral: si rechaza tratamiento o si hay agitación aguda o grave</p> <p>Benzodiazepina intramuscular o antipsicótico atípico típico no sedante IM.</p> <p>Posibilidad de combinar benzodiazepinas y antipsicóticos.</p>
<p>Control de presión arterial cada 15 a 30 minutos.</p>

Pautas para la administración de los antipsicóticos de urgencia

Fármaco	Dosis para niños	Dosis para adolescentes
Haloperidol	2,5 mg IM	5mg IM
Clorpromacina	12,5 mg IM	25 mg IM
Risperidona	1 mg oral	2 mg oral
Olanzapina	2,5 mg oral	5 mg oral

Controlar la presión arterial y la frecuencia cardiaca cada 15 minutos. Si no existe respuesta, la dosis se puede repetir al cabo de 30 minutos.



Uso del midazolam

Intramuscular	0.1—0.15 mg/kg En los pacientes con mayor ansiedad se han utilizado dosis de hasta 0.5 mg/kg con un máximo de 10 mg.
Endovenosa	6 a 12 años: D. inicio: 0.025—0.05 mg/kg; puede ser necesaria hasta una dosis total 0.4 mg/kg. D. máxima 10 mg, dado que dosis más altas están asociadas a una sedación prolongada y a un riesgo de hipoventilación. 6 meses a 5 años: D. inicial: 0.05—0.1 mg/kg. D. máxima: 6 mg

INTENTO SUICIDA

El tratamiento del comportamiento suicida consiste en psicofármacos y/o psicoterapia.

El tratamiento farmacológico indicado en niños o adolescentes con conducta suicida en trastorno depresivo o trastorno de ansiedad, son los Inhibidores de la Recaptación de serotonina, en trastorno bipolar se consideran los estabilizadores del humor, antipsicóticos (preferentemente atípicos) en el caso de psicosis o trastorno de comportamiento y benzodiacepinas en presencia de agitación psicomotriz o insomnio.



HOSPITAL "HERMINIO VALDIZÁN"
HUBO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. Milagros Toledo Castillo
Médico Jefe del DSMNA
C.M.P. 23648 R.N.E. 11669

Es importante el uso inicial de antidepresivos al salir de alta, si el motivo del intento suicida fuera producido por un trastorno depresivo:

FARMACO	NIÑOS	ADOLESCENTES
Fluoxetina	D.inicio: 5-10 mg/día	D. inicio: 10-20 mg/día
Sertralina	D. inicio: 25 mg/día	D. inicio: 50 mg/día
Citalopram	D. inicio: 5-10 mg/día	D. inicio: 10-20 mg/día
Escitalopram	D. inicio: 5 mg/día	D. inicio: 10 mg/día
Venlafaxina	D. inicio: 37,5 mg/día	D. inicio: 75 mg/día

REACCIONES ADVERSAS DE PSICOFÁRMACOS

ACATISIA : Una vez diagnosticado, es preciso reducir la dosis al mínimo del nivel efectivo. La primera elección sería: *biperideno* 2-8 mg/día. El tratamiento más eficaz es un bloqueador beta-adrenérgico (*propranolol*: 10-30 mg tres veces al día).

Las benzodiazepinas como: *clonacepam* 0,5 mg de dos a tres veces al día; *loracepam* 1 mg tres veces al día o 30 mg/día de *diazepam*. Excepcionalmente puede utilizarse *teofilina* 300-600 mg/día.

DISTONIA AGUDA: La profilaxis con anticolinérgicos o fármacos asociados previene el desarrollo de la distonía. El tratamiento a usar sería: *biperideno* 5 mg/IM y *diazepam* 10 mg/EV puede ser efectivo.

6.4.3 EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES

Producidos por el uso de medicación indicada para manejar la Urgencia psiquiátrica. Con el uso de antipsicóticos se pueden presentar reacciones extrapiramidales: Distonía aguda (se puede ver este efecto secundario a partir de la primera hora de administración de la medicación).



Con el uso de benzodicepinas: lorazepam o midazolam: Depresión respiratoria (se puede presentar después de dosis intravenosas, en caso de presentarse se debe suspender la administración del fármaco, practicar intubación orotraqueal y realizar asistencia respiratoria).

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Se consideran aquellos que se presentan durante el manejo del niño y adolescente en el Servicio de emergencias:

- Comorbilidad con un cuadro orgánico.
- Persistencia del cuadro por el que fue traído a la Emergencia.
- Escaso o nulo soporte social, familiar y escolar.
- Dinámica familiar disfuncional.

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

Antes de ser dado de alta un paciente del Servicio de Urgencias, se debe realizar un adecuado examen mental donde se deberá evaluar el estado de salud mental actual que no se considere de riesgo para el paciente o terceros.

Si el niño o adolescente no cumple los criterios de internamiento, antes de darle de alta, el clínico debe:

- Informar al niño y su familia sobre los factores precipitantes, la clínica y el tratamiento de la urgencia psiquiátrica.
- Mantener al niño alejado de objetos potencialmente letales en caso de intento suicida o un cuadro de agitación psicomotriz.
- Insistir la necesidad de suspender alcohol y otras sustancias desinhibidoras.
- Designar un adulto responsable para supervisar al niño.
- Ofrecer un contrato donde el adolescente con intento suicida se compromete a acudir a un adulto en caso curse con alguna ideación suicida.



6.4.6 PRONOSTICO

Depende de varios factores, se consideran predictores de mal pronóstico para los niños y adolescentes:

- Soporte familiar inadecuado.
- Soporte inadecuado de pares amigos del centro de estudios.
- Dinámica familiar disfuncional.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Consulta tardía.
- Comorbilidad.
- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Consumo de alcohol y sustancias.
- Adicción a la internet.

6.5.COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones que se pueden dar son:

- Escasa colaboración del paciente al momento de ser traído a la emergencia.
- Accidentes durante los procesos de inmovilización y sedación.
- Reacciones adversas de psicofármacos.
- Menos frecuente pero de mayor gravedad es el síndrome neuroléptico maligno.
- El uso de sujeción mecánica incorrecta puede llevar a isquemia, neuropraxia, necrosis distal, lesiones en piel y luxaciones
- Tocamientos indebidos a niños o adolescentes por pacientes u otros adultos.



6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Relacionado a la derivación a centros especializados, como por ejemplo la atención por una complicación médica o quirúrgica.

La derivación o referencia a centros de mayor complejidad debe darse cuando resulta insuficiente la atención brindada, para lo cual se utilizará los medios disponibles en el centro de origen, como por ejemplo, comunicación telefónica, radio, etc., con el propósito de evacuar al paciente que requiera atención.

Es conveniente agregar una hoja de derivación que contenga los datos precisos que debe conocer el equipo de guardia de referencia e inclusive brindar acompañamiento con un familiar.

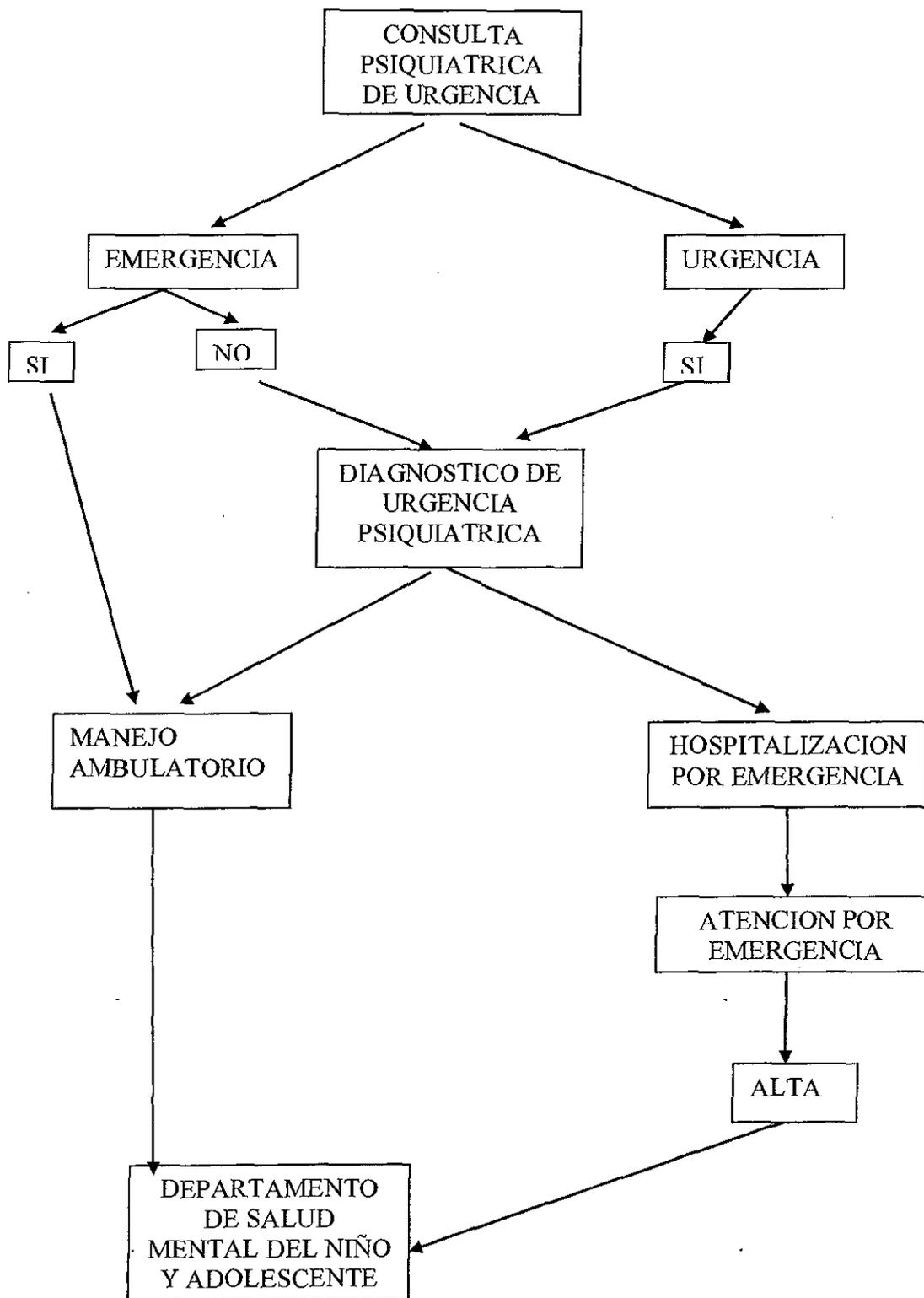
Según el Código de Niños y Adolescentes: Ley 27337. Capítulo 1, artículo 4: " los niños y adolescentes tienen derecho a su integridad personal". Cabe mencionar que en pacientes menores de 18 años, se requiere de un ambiente destinado exclusivamente a su internamiento, el cual hasta el momento no existe en nuestro país.

Si el paciente requiere internamiento, se debe informar a la persona responsable, generalmente los padres, que el menor estará en un ambiente general compartido con pacientes adultos: varones o mujeres.

HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
DPTO. DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
17ra. Av. Magister Tolmo, Castilla
Médico Jefe del D.S.M.N.A.
C.M.P. 23648 R.N.E. 11669



6.7. FLUXOGRAMA DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS



HOSPITAL "HERNÁNDEZ VALDIZAN"
 IPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
 Dr. Milner P. Talledo Casallo
 Médico Jefe del DSMNA
 C.P.P. 23648 R.N.E. 11669



VII. ANEXOS

Tabla 1: Criterios de ingreso de un paciente al Servicio de Emergencia

Primer episodio psicótico
Descompensación psicótica aguda.
Trastorno afectivo con riesgo autolítico.
Episodio maniaco.
Trastorno afectivo moderado-grave.
Tentativa de autolisis en trastornos afectivos o en trastornos psicóticos, o tentativas autolíticas de moderada alta-letalidad o con poco soporte familiar.
Trastorno obsesivo compulsivo moderado-grave.
Trastorno de conducta alimentaria en casos de: <ul style="list-style-type: none"> - IMC < 16,5 - Alteración analítica asociada - Bradicardia - Negativa a la ingesta de sólidos y líquidos
Descompensación de enfermedad somática.
Patología dual con consumos de tóxicos.
Descompensación de pacientes del trastorno del espectro autista.
Patología psiquiátrica aguda en pacientes con retraso mental
Trastornos de conducta con patología psiquiátrica asociada.



Tabla 2: Exploración Psicopatológica del niño y adolescente

DIMENSION A EVALUAR	PARTICULARIDADES DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Aspecto	<ul style="list-style-type: none"> • Observar anomalías físicas. • Signos de abuso o descuido.
Sensorio y nivel cognitivo	Desorientación, confusión, alteraciones o fluctuaciones del nivel de conciencia, apariencia, comportamiento, cooperación, contacto ocular.
Capacidad de juicio e introspección	Insight del motivo de la atención por emergencia.
Conducta	Conductas anómalas observadas o referidas por los padres.
Habla y lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar aptitudes según etapas de neurodesarrollo previstas. • Niño < 5 años, puede no tener sentido fuera del entorno familiar.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Fantasía o pensamiento mágico normal en niños preescolares (amigos invisibles). • Pensamiento concreto y lógico en niños 7-12 años. Presencia de alucinación o ideación delirante, significado dudoso (solo si hay alteración conductual o estructuración) • Alteraciones en pensamiento formal del adolescente: indican psicopatología. • Síntomas obsesivo-compulsivos (por ejemplo, rituales de comprobación), pueden ser normales. Valorar intensidad y grado de afectación.
Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • < 10 años: dificultades para expresar sentimientos depresivos. • Adolescentes: generalmente ánimo más bajo que el percibido por padres • Alteraciones del ánimo pueden manifestarse como irritabilidad.
Funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Familiar (genograma, relaciones entre los miembros y dinámica familiar), circunstancias añadidas al entorno familiar. • Social (interacción, relaciones que mantiene). • Escolar (rendimiento académico, relación con profesores y compañeros, descartar "bullying").
Integridad física y del paciente	Valorada por: <ul style="list-style-type: none"> . Impulsividad . Presencia de ideación suicida . Ideación o amenazas de heteroagresividad. . Antecedentes de agresividad. . Tendencia a agresividad, irritabilidad o agitación durante la entrevista.
Exploración neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Imprescindible exploración neurológica rutinaria (fuerza, sensibilidad, ROT y cutáneos, pares craneales, coordinación, marcha, equilibrio...). • Recoger historia convulsiones, retraso neurodesarrollo, disartria, perímetro cefálico.



VIII. BIBLIOGRAFIA

Alda Diez José Angel , Sabel Gabaldón Fraile.
Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Editorial Masson 2006.

Kaplan HI, Sadock BJ.
Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Ed. Inter.-Médica; 1997.

Sainsbury M.J
Introducción a la Psiquiatría. Madrid: Ediciones Morata 1978.

Soutullo Esperón César, Mardomingo María Jesús
Manual de Psiquiatría del niño y adolescente. Editorial Panamericana 2010

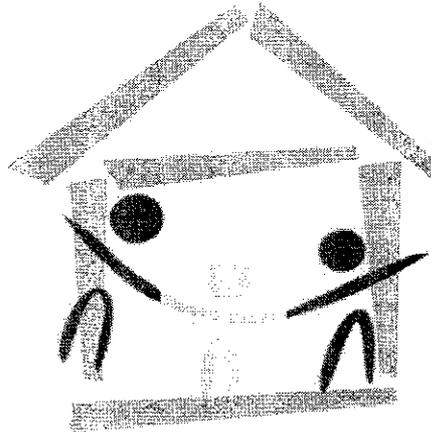
Soutullo César
Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y adolescente. Editorial Panamericana 2011

Vásquez R.
Urgencias en psiquiatría infantil. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace, No. 27, septiembre de 2005; 18-22





HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES



GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNÒSTICO Y TRATAMIENTO DE
ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Mayo 2012



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

I. FINALIDAD:

Proporcionar los conocimientos básicos para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes.

II. OBJETIVO:

Servir como texto de consulta para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes

III. **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Hospital Hermilio Valdizán (Ministerio de Salud).

IV. **PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.** Debe decir:
DIAGNÓSTICO y TRATAMIENTO DE Esquizofrenia "X" PATOLOGÍA

4.1. **NOMBRE Y CÓDIGO:** ESQUIZOFRENIA (F20.0 CIE 10)

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, que puede evolucionar hacia la cronicidad, caracterizada por alucinaciones, ideas delirantes, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado y síntomas deficitarios; suele acompañarse de un estado normal del sensorio.

Investigaciones recientes apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia de la infancia es el mismo trastorno que la del adulto, pero con síntomas severos y un curso más crónico.

Se ha propuesto la denominación de esquizofrenia de inicio temprano EOS (Early Onset Esquizophrenia), con un inicio anterior a los 15 años y la esquizofrenia de inicio muy temprano, VEOS (Very Early Onset Esquizophrenia), que son las que se inician antes de los 13 años.

5.2. ETIOLOGÍA

La esquizofrenia se presenta con una combinación de factores de riesgo, principalmente en personas con una vulnerabilidad genética. Esta vulnerabilidad genética es compleja y hoy por hoy se basa en la implicación de una combinación de variables de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambientales son también necesarios y algunos funcionan en épocas tempranas de la vida, creando una vulnerabilidad y alteraciones en las etapas del neurodesarrollo. Otros factores de riesgo que contribuirían incluirían el género, desventajas socioeconómicas y factores socioculturales, así como afecciones perinatales.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La esquizofrenia puede representar la terminación de múltiples vías patogénicas:



Modelo Diàtesis-estrès

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que no puede explicarse por un factor único, ya sea genético o ambiental, por ello los factores se han integrado en este modelo, postulando la presencia de una vulnerabilidad específica para la esquizofrenia (diàtesis), que puede precipitarse por la aparición de distintos factores ambientales (estrès). La susceptibilidad para padecer esquizofrenia se ha encontrado en varios cromosomas, y se da por la interacción entre diferentes componentes genéticos y ambientales.

Algunos investigadores incluyen los siguientes factores ambientales: exposición al virus de Influenza en el embarazo, la desnutrición durante el embarazo, las complicaciones obstétricas, entre otros.

Neurotransmisores implicados en la etiopatogenia de la esquizofrenia

El más importante ha sido el de la Dopamina, mediante la hipótesis que ha asociado la actividad hiperdopaminérgica principalmente sobre los receptores D2, con la presencia de síntomas positivos y la actividad hipodopaminérgica con la presencia de síntomas negativos.

La corteza pre frontal y algunas estructuras límbicas, como la corteza del cíngulo, estarían implicadas en la fisiopatología de la esquizofrenia; se piensa que estas estructuras contribuyen de manera particular con el empeoramiento de los síntomas negativos y cognitivos, y en menor grado con los positivos.

Los receptores D1, se expresan mayormente en la corteza pre frontal, se han implicado en el control de la memoria de trabajo, siendo la disfunción de la misma uno de los rasgos característicos de la esquizofrenia; el receptor 5HT2, tiene implicación en la etiopatogenia de la misma y también posiblemente el glutamato.

Modelo del Neurodesarrollo

Hay varias evidencias de que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo, entre ellas se encuentra el inicio típico durante la adolescencia, la presencia de alteraciones estructurales y neurofuncionales al inicio de la enfermedad, sin que estos cambios progresen en la mayoría de casos con el tiempo.

Los estudios epidemiológicos han aportado soporte a esta hipótesis mostrando que se encuentran déficits intelectuales premórbidos en las etapas tempranas del desarrollo. Los estudios neuropatológicos muestran una citoarquitectura cerebral alterada, indicando un trastorno del desarrollo, más que una encefalopatía adquirida. Algunos aspectos de la enfermedad sugieren que la alteración en el neurodesarrollo no puede aplicarse a todos los pacientes que tienen esquizofrenia.

Asociación entre neurodesarrollo tardío y temprano

Errores tempranos en la migración neuronal y la diferenciación pueden producir la eliminación de ciertas redes neuronales necesarias provocando una disminución en la proliferación sináptica. Esta reducción inicial combinada con la reducción sináptica regresiva postnatal puede producir una disminución en la densidad sináptica secundaria a una pérdida exagerada de algunas conexiones neuronales necesarias. El daño neuronal durante el desarrollo temprano puede producir una persistencia anormal de conexiones alteradas. Existiendo evidencia de que la persistencia de redes neuronales no funcionales, más allá de un periodo crítico pueden llevar a una falla en su destrucción programada.

Es probable que en la esquizofrenia se asocie como respuesta a un daño cerebral, una reinervación maladaptativa. Un daño cerebral temprano puede resultar en una alteración de la poda sináptica programada, de modo que pueden perderse algunas conexiones neuronales



que normalmente deberían permanecer y de manera compensatoria se retienen otras conexiones que deberían eliminarse.

En la esquizofrenia lesiones durante el desarrollo temprano podrían llevar a una reducción de las de las conexiones en algunas regiones como la corteza prefrontal, produciéndose los síntomas negativos y la persistencia de ciertas sinapsis en algunos sitios de proyección de estas estructuras cerebrales como el cíngulo, corteza temporolimbica y el estriado ventral quizá produzcan los síntomas positivos. La visión actual es que en la esquizofrenia estarían alterados múltiples regiones corticales y subcorticales.

Los modelos de circuitos neuronales que se encuentran alterados en la esquizofrenia incluyen circuitos que involucran una retroalimentación cortico-subcortical. Estos incluyen cinco circuitos que tiene su base en una región cortical primaria: motora, oculomotora, prefrontal dorsolateral (funciones ejecutivas: planeación y memoria durante el trabajo), orbitofrontal lateral (respuestas conductuales apropiadas para el contexto) y cíngulo (motivación). Se ha considerado que estos circuitos están alterados en la enfermedad porque las alteraciones en la función ejecutiva, la apatía, el deterioro de la motivación y la deshibición son características esenciales de la enfermedad.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia de la esquizofrenia de inicio temprano no está adecuadamente establecida. La experiencia clínica sugiere que la esquizofrenia de inicio antes de los 12 años es rara. Está estimada en 0,1-1 % de todos los desórdenes esquizofrénicos cuando inicia antes de los 10 años y en 4% cuando inicia antes de los 15 años.

La esquizofrenia de origen temprano y la de origen muy temprano ocurren predominantemente en varones

Otros datos refieren una tasa de prevalencia: 1-6 por 10,000 la esquizofrenia de inicio prepuberal

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente familiar: La existencia de familias con predominio de “emoción expresada” (Intercambio de comentarios críticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional), hacen que el paciente a pesar de un buen tratamiento recidive la enfermedad.

5.5.2. Estilos de Vida

a) Factores socioeconómicos y culturales: La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos más bajos y en los hijos de la primera generación de migrantes.

b) Personalidad: Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.

5.5.3 Factores hereditarios

Predisposición genética: El riesgo de desarrollar la esquizofrenia es diferente según:

- Población general : 1%
- Familiar de paciente esquizofrénico. (no gemelo) : 8%
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico : 12%
- Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico : 12%
- Hijo con padre y madre esquizofrénicos : 40%
- Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico : 47%



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

Los criterios diagnósticos en la esquizofrenia son iguales en todos los grupos etáreos. Las características esenciales son: los síntomas psicóticos, la alteración del funcionamiento adaptativo, la ausencia de causas físicas identificables y una duración mínima de 6 meses. En cuanto a su nivel de funcionamiento, los niños no alcanzan el grado esperado de desarrollo social, de autocuidado y académico

Resulta difícil definir una psicosis en un niño muy pequeño, dada la falta de conceptualización lógica de la realidad y la incapacidad de abstracción de este grupo etáreo.

Los síntomas psicóticos pueden semejar a las fantasías propias de la edad como amigos imaginarios y la creencia en seres mágicos o monstruos.

Los síntomas clínicos varían con la edad. Las alucinaciones e ideas delirantes pueden ser menos intensas en los niños que en los adultos.

Las alucinaciones, los trastornos formales del pensamiento y pobre contacto con la realidad son frecuentes en los niños esquizofrénicos, en cambio la afectividad aplanada, las ideas delirantes y la pobreza del pensamiento y la catatonía son más raros. Tampoco los niños presentan siempre las dificultades para la interacción social que presentan los adultos con esquizofrenia.

Alucinaciones auditivas

Los pacientes con esquizofrenia de menos de 16 años presentan como síntomas más frecuentes las **alucinaciones auditivas**, estando presentes hasta en el 80% de estos pacientes.

Los niños tienden a presentar alucinaciones comandatorias o de tipo persecutorio o refieren la audición de voces que conversan o hacen comentarios acerca de su conducta.

Las alucinaciones visuales, somáticas, olfatorias y gustativas son menos frecuentes en estas edades.

Ideas delirantes

Las **ideas delirantes** son más raras en niños menores de 16 años que en adultos y están presentes en el 50 % de los pacientes con esquizofrenia.

Pueden tener delirios persecutorios, somáticos y de grandeza, así como ideas de autoreferencia. Los delirios de control y de tipo religioso son poco frecuentes en esta edad. Las ideas delirantes sistematizadas, persistentes, complejas y abstractas son más frecuentes en pacientes de más de 12 años de edad

La valoración de las ideas delirantes en niños debe ser cuidadosa. No basta que la creencia sea falsa, hay que distinguirlas de las ideas sobrevaloradas y de las fantasías elaboradas como el "amigo imaginario"



Trastorno formal del pensamiento Consiste en una alteración de la manera en cómo se comunican los pensamientos. Los estudios realizados indican la presencia de los trastornos del pensamiento del 40-100% de los pacientes.

Los pacientes de todas las edades con esquizofrenia tienen un lenguaje más incoherente y pobre que los individuos no afectados.

El comportamiento y la forma de vestirse de los niños con esquizofrenia pueden ser extraños. Las alteraciones de la actividad psicomotora, los movimientos ritualistas y estereotipados son frecuentes. Las relaciones de los niños psicóticos con sus compañeros es pobre. Estos a su vez al observar la conducta extraña de los pacientes psicóticos los evaden.

El juego de los niños psicóticos tiende a ser repetitivo y difícil de interrumpir. Tienen a usar los juguetes en forma más concreta y menos simbólica; los que si consiguen realizar un juego más simbólico presentan imaginaciones extraordinarias.

6.1.2. Interacción cronológica

Por historia natural de la enfermedad, puede considerarse:

- a) Episódicos con síntomas residuales entre episodios.
- b) Episódicos con síntomas negativos prominentes
- c) Episódicos sin síntomas residuales entre episodios.
- d) Continuo con síntomas positivos o negativos
- e) Episodio único en remisión parcial o con síntomas negativos prominentes.
- f) Episodio único en remisión total.
- g) Otro tipo de configuración no específica.
- h) Los síntomas centrales de esquizofrenia se acompañan de otros síntomas como depresión, ansiedad, fobia y pánico que pueden perjudicar su evolución.

6.2.- DIAGNÓSTICO

Frecuentemente la Esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia es difícil de diagnosticar debido al predominio de las formas de inicio insidioso.

Al hacer el diagnóstico se usan los mismos criterios que para evaluar al adulto, es decir DSM IV TR (OMS – 1992) Y CIE-10 (OMS 1992). A pesar de ello existen algunas características propias de estas etapas del desarrollo, por ejemplo una menor frecuencia del delirio, que además suelen ser menos complejos y sistematizados, especialmente en menores de 10 años.

El inicio temprano se ha relacionado con una mayor vulnerabilidad familiar (factores genéticos, ambientales y psicosociales), una menor respuesta al tratamiento y un peor pronóstico

Evaluación Psiquiátrica:

El diagnóstico de esquizofrenia es fundamentalmente clínico.



Se debe realizar una evaluación detallada de los síntomas psicóticos y siempre que sea posible se debe entrevistar a la familia del niño o adolescente.

Debe tenerse en cuenta que algunos niños pequeños no viven sus síntomas psicóticos con malestar, por ello tardan en exteriorizarlos a su entorno familiar, por ello se retrasa el diagnóstico y tratamiento oportunos.

En la fase aguda predominan los síntomas psicóticos positivos, siendo la duración de esta etapa entre 1 a 6 meses, aunque pueden ser más, dependiendo de la respuesta al tratamiento.

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Según CIE-10. Criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia:

A) Al menos uno de los síndromes, signos o síntomas listados en el apartado (I) o bien por lo menos 2 de los síntomas y signos listados en (II) deben haber estado presentes, la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica por lo menos 1 mes de duración:

(I) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, o pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones, o sensaciones o percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan, discuten, u otras voces que provienen de otras partes del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propios de su cultura y que son inverosímiles.

(II) Al menos 2 de los siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas, o de presentación diaria por un mes.
- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica.
- d) Síntomas Negativos: Apatía, pobreza mímica, embotamiento, o incongruencia ideo afectiva.
- e) Un cambio consistente de aspectos de la conducta personal que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, aislamiento social.

B) Criterios de exclusión:

01) Si hay criterios de manía o depresión, los síntomas esquizofrénicos deben haberse presentado antes que los síntomas del humor. Debe prestarse atención especial a los adolescentes con trastorno bipolar, que con frecuencia presentan al inicio de un período maniaco, síntomas psicóticos que asemejan una esquizofrenia

02) El cuadro psicótico no es atribuible a causa orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionados a alcohol u otras drogas.

Además debe existir:

Disfunción social u ocupacional: los niños y adolescentes no pueden alcanzar los logros que se esperan para su nivel intelectual y su edad

A diferencia del CIE-10, para el DSM-IV se requiere 6 meses de enfermedad, incluyendo la fase prodrómica y la residual.



FORMAS DE PRESENTACIÓN

- a) **Tipo Paranoide F20.0.-** Caracterizado por: Ideas delusivas de daño o grandeza, alucinaciones auditivas de daño, preservación del afecto y de las funciones cognoscitivas.
- b) **Tipo Desorganizado o Hebefrenico F20.1.-** Caracterizado por: desorganización del habla y el comportamiento, afecto aplanado o inapropiado, risas y comportamiento tontos o incongruentes.
- c) **Tipo Catatónico F20.2.-** Caracterizado por: trastornos psicomotores marcados (inmovilidad o agitación), negativismo extremo, mutismo, ecolalia, ecopraxia, estereotipias o manierismos, catalepsia o estupor.
- d) **Tipo Indiferenciado F20.3.-** No tiene características específicas para un subtipo.
- e) **Depresión postesquizofrénica F20.4.-** Está incluida en CIE-10 pero no en DSM-IV. Los síntomas depresivos prolongados (anteponía, falta de motivación, etc.) permiten diagnosticar por lo menos un episodio depresivo leve.
- f) **Tipo Residual F20.5.-** Caracterizado por: síntomas negativos como afecto aplanado, pobreza del habla, abulia y síntomas positivos atenuados como comportamiento excéntrico, desorganización leve del habla, creencias estrambóticas. Hay antecedentes de síntomas positivos previos
- g) **Tipo Simple F20.6.-** Caracterizado por pérdida de iniciativa, retraimiento, aparición gradual de síntomas negativos, y disminución marcada de los rendimientos sociales, académicos, o laborales. No hay alucinaciones auditivas ni ideas delirantes

6.2.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos mentales orgánicos.- Abuso de sustancias y toxicidad por drogas, epilepsia del lóbulo temporal, lesiones expansivas cerebrales, TEC, Infecciones cerebrales, Endocrinopatías, Lupus, porfiria, delirio. La presencia de trastornos de conciencia, orientación, juicio, memoria, orientan al cuadro orgánico.

Trastornos afectivos.- Cuando los cuadros afectivos van acompañados de psicosis es difícil diferenciarlos de la esquizofrenia en la fase aguda; en el trastorno afectivo aparecen síntomas, por ejemplo alucinaciones relacionados con el estado de ánimo.

Trastornos de conducta y emocionales.- Algunos niños pueden presentar síntomas psicóticos autolimitados al estar expuestos a situaciones estresantes graves.

La psicosis reactiva breve.- Se presenta menos de 4 semanas y esta relacionada con un estrés psicosocial.

Los trastornos delirantes paranoides.- No se asocian con delirios extraños, asociaciones inconexas, incoherencia o alucinaciones.

Trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría.- En los trastornos obsesivos severos los pensamientos obsesivos pueden ser difíciles de diferenciar de un delirio. Algunos esquizofrénicos pueden también tener pensamientos obsesivos. Los niños tienen dificultad para diferenciar que los pensamientos se originan en su pensamiento y considerarlos no razonables.



Trastorno autista.- Trastorno que se presenta a una edad más temprana y casi no presentan síntomas psicóticos, si los hay son transitorios. En el autismo hay problemas de comunicación y de lenguaje, generalmente presentan un Coeficiente intelectual bajo

El retardo mental.- Con conducta extraña, puede parecerse a la esquizofrenia, pero la presencia de delirios y alucinaciones que no sean atribuibles a problemas de comunicación dan el diagnóstico.

6.3.- EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica:

Se solicitarán exámenes de laboratorio: en caso de antipsicóticos típicos (clorpromazina) - test de función hepática; antipsicóticos atípicos (risperidona y clozapina) - test de función hepática y hemograma completo. No se indican de rutina, sólo si hubieran cambios en la condición clínica del paciente (fiebre, vómitos y diarrea) que pudieran indicar una reacción adversa.

6.3.2. Imágenes: Radiografías de cráneo y tórax o una tomografía si el caso lo amerita.

6.3.3. Exámenes Especializados Complementarios: Si se considerara necesario se realizará:

- a) Evaluación neurológica, de considerarse necesario, se solicitará evaluación de neuropediatría.
- b) EEG y EKG
- c) Evaluación genética y de otras especialidades médicas, será referido a un Hospital de mayor complejidad para efectuar dichas evaluaciones.
- d) Evaluación psicológica completa.
- e) Evaluación social.

OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

1. Escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia (PANSS) (Anexo 1).
2. Escala de Impresión clínica global para severidad de la enfermedad (ICG-SE) y para mejoría global (ICG-MG) (Anexo 2).
3. Escala de movimientos anormales (EMA) (Anexo 3).
4. Escala de Barnes para acatisia (EBA) (Anexo 4).
5. Escalas de efectos secundarios de antipsicóticos (Anexo 5, 6, 7).
6. Escala de Funcionamiento Global para niños (Anexo 8).

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Se puede buscar ayuda en el primer nivel de atención o en un hospital general, con un médico con capacitación en psiquiatría o un psiquiatra, si la condición de los síntomas del paciente lo permite. Tras el diagnóstico se inicia el tratamiento con antipsicóticos, según se indica más adelante en el tratamiento farmacológico. Se debe indicar a la familia estar



atentos a los síntomas de los pacientes y si se presenta agitación psicomotriz acudir a un servicio de emergencia.

6.4.2. Terapéutica

1.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento farmacológico inicial en la fase aguda varía según el tipo de paciente, pero Considera los siguientes criterios:

- Conducta sea relativamente estable.
- Adherencia a la toma de la medicación.
- Contar con un soporte familiar o social.
- Ser capaz de monitorizar el tratamiento cercanamente.
- No presentar alguna intercurencia médica o alguna otra condición psiquiátrica.
- El paciente deberá entender el propósito del tratamiento.

Para inicio agudo de tratamiento en un niño o adolescente con esquizofrenia, debe considerarse:

1. Escoger una dosis de ataque del antipsicótico y esperar la respuesta terapéutica en un tiempo establecido (6 a 8 semanas).
2. Iniciar antiparkinsoniano simultáneamente, en el caso de indicar un antipsicótico típico y risperidona.
3. Incremento gradual de la medicación, cada 3 días o 2 veces por semana.
4. Monitorizar los efectos adversos de la medicación con las escalas respectivas.
5. Incrementar o disminuir el antiparkinsoniano según el monitoreo de los efectos adversos.
6. Monitoreo de la eficacia de la medicación, usando escalas apropiadas.

Las siguientes aproximaciones al tratamiento se consideran razonables basadas en las presentes consideraciones:

1. Si el paciente es preadolescente, se debe elegir una dosis baja de un antipsicótico de alta potencia para iniciar (haloperidol) ya que son menos probables de presentar reacciones extrapiramidales y porque el haloperidol está disponible en muchas preparaciones (tabletas, líquidos y inyectables); la risperidona también se considera una opción terapéutica.
2. En adolescentes, el uso de antipsicóticos atípicos pueden ser muy útil, los medicamentos de depósito en pacientes que no cuentan con adherencia al tratamiento.
3. En algunos casos en los que se prescribe antipsicóticos, excepto con el uso de risperidona y clozapina, la medicación antiparkinsoniana puede ser prescrita simultáneamente.

4.

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS USADOS:

MEDICACION	DOSIS DE INICIO	DOSIS DE MANTENIMIENTO
Haloperidol	1mg	5 – 15 mg
Trifluoperazina	5mg	5 – 40 mg
Clorpromazina	25 mg	200 – 600 mg
Sulpiride	100 mg	200 – 600 mg
Risperidona	0,5 mg	2 – 6 mg



TERAPIA CON CLOZAPINA

La Clozapina es el fármaco de elección en los cuadros resistentes a psicofármacos. Tiene efectos beneficiosos tanto en la sintomatología positiva como negativa.

Los eventos adversos comunes de su uso en niños y adolescentes incluyen: sedación, febrícula, taquicardia, hipotensión postural, sialorrea, náusea, estreñimiento, aumento de peso, enuresis nocturna. Los eventos adversos infrecuentes pero que pueden ser muy serios son: convulsiones, neutropenia, eosinofilia, agranulocitos (que obliga a monitorización hematológica periódica y continua).

Experiencia clínica sugiere que el esquema usado en adultos puede ser muy agresivo porque la población joven ha demostrado incrementada sensibilidad a los efectos cardiológicos y sedativos. La dosis debe ser individualizada para cada paciente, si ocurrieran eventos adversos significativos durante su uso, se disminuirá la dosis al punto en que los eventos adversos no eran aparentes y el aumento de la dosis se realizará si no ocurrió suficiente respuesta clínica.

La dosis de Clozapina sobre 300 y 400 mg deben ser cuidadosamente tituladas y parámetros físicos deben ser monitorizadas; por lo complicado de su manejo y la supervisión en forma continua se sugiere que deba ser manejado por un médico psiquiatra.

TRATAMIENTO DE DEPÓSITO

Si el paciente no coopera y no acepta tratamiento oral se usan preparados de depósito:

- Decanoato de flufenazina (ampolla 25mg): Rango de dosis usual: 12,5 a 100 mg, cada 28 días.
- Haldol decanoas (ampolla 50 mg): Rango de dosis usual: 25 a 150 mg, cada 28 días.

Puede asociarse con Biperideno 5mg en ampolla para evitar efectos extrapiramidales. El cambio de medicación oral a medicación de depósito debe realizarse en función a tablas usando como guía de aproximación la Clorpromazina, esta conversión fue realizada para los adultos y no para los niños y adolescentes.

Criterios de Inclusión para el uso de medicación de depósito:

- a) Pacientes esquizofrénicos en fase de mantenimiento.
- b) Escaso cumplimiento de la medicación oral.
- c) Presentar tratamiento farmacológico oral por lo menos un mes antes de la aplicación y no presentar efectos adversos molestos por la aplicación de la misma.
- d) No tener otro antipsicótico adicional.
- e) Abandono continuo o manejo irregular de la medicación por problemas económicos, sociales o familiares que motive recaídas y reingresos frecuentes.

Criterios de Exclusión para el uso de medicación de depósito:

- a) Pacientes con esquizofrenia asociados al consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, pacientes con trastornos bipolares y los que presenten enfermedades



médicas incompatibles con la aplicación de medicamentos de depósito, v.gr : insuficiencia renal o hepática, enfermedad de Parkinson, embarazo, etc.

- b) Paciente con primer episodio de esquizofrenia o no haber tomado algún tipo de medicación oral antipsicótica por lo menos un mes antes de la aplicación del neuroléptico de acción prolongada.
- c) Requerir más de 100 mg de decanoato de flufenazina ó de haloperidol por mes.
- d) Permanentes efectos adversos motivados por del neuroléptico de acción prolongada (acatisia, parkinsonismo secundario, discinesia tardía, etc.); que no respondan al tratamiento anticolinérgico.
- e) Presentar reagudización de los síntomas psicóticos al momento de la aplicación.

MEDICACION	METODO DE LIBERACION	EQUIVALENTE (MG)
Clorpromazina	Oral	100
Trifluoperazina	Oral	5
Haloperidol	Oral	2
Decanoato de flufenazina	Depot	12,5
Decanoato de haloperidol	Depot	25

6.4.3. Efectos adversos o colaterales

RELATIVAMENTE FRECUENTE	RELATIVAMENTE INFRECUENTE	RARO
Sedación	Confusión	Ginecomastia
Enrojecimiento	Impotencia	Galactorrea
Taquicardia	Hipotensión	Amenorrea
Distonías	Prurito	Síncope
Acatisia	Rash en piel	Efectos oculares
Parkinsonismo	Síndrome oral	Colestasis
Diskinesia por abstinencia	Diskinesia tardía	Trastornos hematológicos
Ganancia de peso	Desvanecimiento	Muerte súbita

6.4.4 Signos de alarma

Síndrome Neuroléptico maligno:

Es una relativamente rara y reacción adversa fatal de etiología incierta y constituye una emergencia psiquiátrica que debe ser manejada por el especialista. Se presenta con disfunción extrapiramidal severa, inestabilidad autonómica y hipertermia; es más común en pacientes tratados con antipsicóticos y litio. Puede progresar a pérdida de conciencia, rhabdomiólisis y muerte. Se suspenden los neurolépticos inmediatamente y se instaurará una



terapia sintomática, monitoreo cardíaco y evaluación médica. Se cuenta con varias intervenciones farmacológicas, pero el valor de su uso en niños y adolescentes posterior a la discontinuación del antipsicótico, el tratamiento de soporte no ha sido demostrado.

Reacciones extrapiramidales:

Pacientes tratados con antipsicóticos típicos deben ser tratados concomitantemente con medicación antiparkinsoniana, con el uso de Risperidona se va a requerir probablemente menos medicación antiparkinsoniana; esta medicación no debe ser discontinuada en forma abrupta y se sugiere debe darse la misma dosis por 2 a 3 semanas a la discontinuación del antipsicótico típico.

Entre las reacciones extrapiramidales más frecuentes y el tratamiento a usar es:

1.- Distonias (contracturas de los grupos musculares): los adolescentes, niños y adolescentes con retraso mental suelen ser muy sensibles a las reacciones distónicas de los antipsicóticos, el clínico debe ser muy cuidadoso al examinar porque estos síntomas son muy desagradables para el paciente. Estos síntomas responden bien a medicación antiparkinsoniana y dosis bajas de benzodiazepinas pueden ser útiles:

- Biperideno dosis de inicio: 1mg dosis diaria usual: 2 – 6 mg

2.- Acatisia (ansiedad con intranquilidad motora): no responde adecuadamente a medicación antiparkinsoniana, puede controlarse reduciendo la dosis del antipsicótico o con el uso de los siguientes :

- Clonazepan dosis de inicio: 0,25 mg dosis diaria usual: 0,25 – 2mg

- Propanolol dosis de inicio: 10 mg dosis diaria usual 10 - 30 mg

3.- Parkinsonismo (aumento del tono muscular, movimientos de robot). Responden relativamente bien a los antiparkinsonianos.

Se sugiere un esquema razonable de discontinuación de medicación antiparkinsoniana, la cual puede variar según cada paciente siendo necesaria una titulación cuidadosa. (ver cuadro).

Día 1	Disminuir la dosis diaria de ¼ a 1/3.
Día 4 - 6	Disminuir la dosis diaria de ¼ a 1/3.
Día 8 – 10	Disminuir la dosis de ¼ a ½.
Día 12 – 14	Descontinuar.

Terapéutica de mantenimiento:

El tratamiento de mantenimiento se prolonga hasta 1 año en primer episodio y 2-5 años en segundo episodio y más tiempo en recaídas múltiples.

Disminuir las dosis hasta el nivel mínimo efectivo.



HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
 OPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
 Dr. Miguel Ángel Torres Castro
 Médico Jefe del DSMNA
 R.M.P. 25048 R.N.E. 11569

2.- TERAPEUTICA PSICOSOCIAL:

- Psicoterapia individual: cumple una función de apoyo. Los objetivos consisten en disminuir la sensación de aislamiento del paciente, en evitar una recurrencia psicótica, y en mejorar la función social.
- Terapia familiar: disminuir la sobreprotección o exclusión familiar.
- Terapia de grupo: debe hacerse grupos de actividades (ocupacionales, recreacionales y sociales) y actividades de educación social.

6.45. CRITERIOS DE ALTA: Dado que la esquizofrenia es una enfermedad crónica no se puede hablar propiamente del alta del paciente, ya que el tratamiento y control debe ser permanentes. Puede hablarse de fases en el tratamiento que pueden ser: agudo, de estabilización y mantenimiento.

6.4.6. PRONÓSTICO:

Son indicadores de **mal pronóstico:** inicio temprano, sexo masculino, antecedente de enfermedad psiquiátrica familiar, la presencia de una personalidad esquizoide, antisocial o límite previas, mal ajuste psicosocial previo, la existencia de trastornos neurológicos previos, una etapa prodrómica larga, un período de psicosis largo no tratado, una capacidad intelectual baja y la comorbilidad con abuso de drogas. También una elevada agresividad (sobre todo con la madre) es un signo de mal pronóstico.

En los últimos años la valoración del pronóstico se ha centrado en establecer un diagnóstico muy elaborado en la fase prodrómica, implicando el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento lo más antes posible, de otra forma se conduciría a un deterioro y a un peor pronóstico.

6.5. COMPLICACIONES

Se pueden mencionar como complicaciones: el comportamiento violento, que puede llegar al homicidio, los síntomas depresivos y el suicidio, también los efectos adversos ya mencionados de la medicación

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

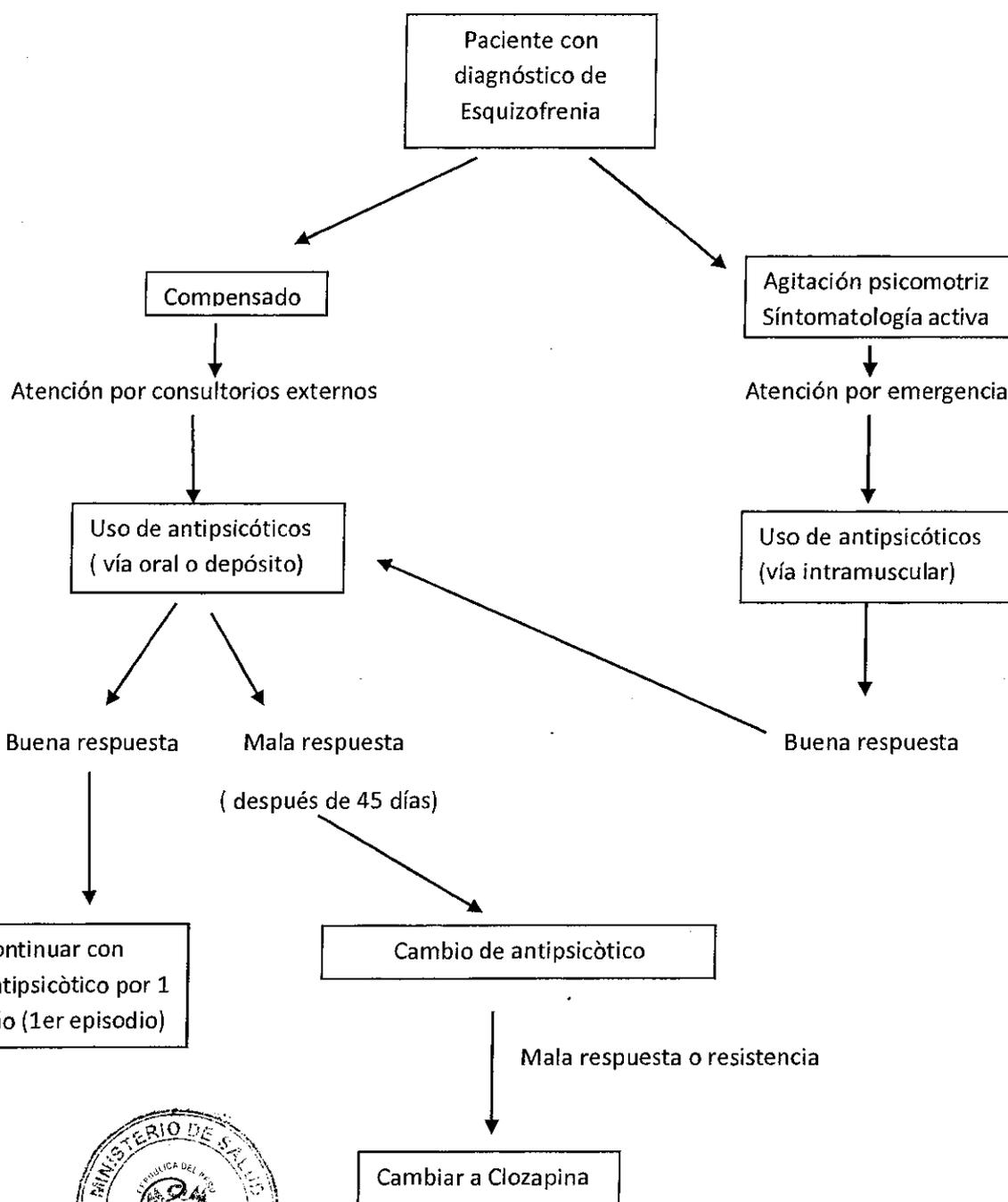
- Una vez estabilizado el paciente es importante desarrollar un plan de tratamiento de largo plazo. Asegurando la adherencia, con los menores efectos adversos pero sin causar riesgo de recaídas.
- La disminución o retirada de la medicación debe ser progresiva, con la evaluación de la respuesta terapéutica según las escalas aplicadas.
- Considerar el uso de medicación antipsicótica de depósito, para los pacientes con bajo cumplimiento terapéutico.



6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA CRITERIOS PARA EL MANEJO EN HOSPITAL ESPECIALIZADO

- Diagnóstico de cuadros con síntomas atípicos.
- Manejo de conductas suicidas y homicidas.
- Cuadros de agitación psicomotriz.
- Comorbilidades asociadas a la esquizofrenia.
- Cuadros resistentes a tratamiento que ameriten tratamiento especializado.

6.7. FLUXOGRAMA



VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Maite San Emeterio y colaboradores. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia, Barcelona, Octubre 2003.

Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de psiquiatría, 8ª edición. Madrid: Médica Panamericana 1999.

S.P Kutcher, MD. Child and adolescent Psychopharmacology, 1ra edición, 1997.

J. Vallejo Ruiloba. "Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, 5ta ed. Ed. masson 2002. Barcelona-España.

Cecilia Adrianzen, Roxana Vivar y Beatrice Macciotta. Proyecto de protocolo de atención de niños y adolescentes con esquizofrenia, revista de neuro-psiquiatría del Perú - tomo 1: Septiembre-Diciembre, N° 3-4 1999.

Cesar Soutullo, María J. Mardomingo. Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Madrid, 2010.

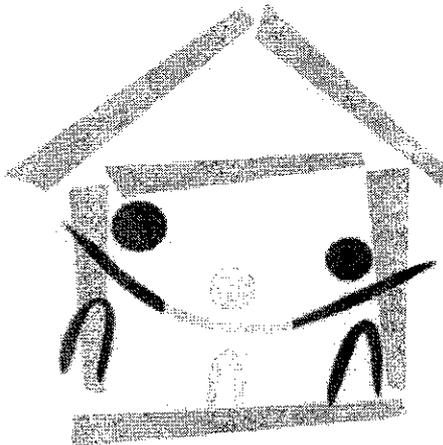
Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini M. Psiquiatría Segunda Edición . OPS . 2005

07/07/212





HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES



GUIA DE PRACTICA CLINICA EN
ANSIEDAD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

MAYO 2012

HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
PTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. Milagros Toledo Castillo
Medicóloga del DSMNA
C.M.P. 2008 - APR.E. 11665



GUIA DE PRÁCTICA CLINICA EN ANSIEDAD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

I) FINALIDAD:

La presente guía busca mejorar el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de ansiedad en niños y adolescentes

II) OBJETIVO:

La presente guía esta dirigida para el trabajo de profesionales de la salud en la atención especializada en salud mental para:

1. Brindar a los profesionales de la salud un instrumento para el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (TA)
2. Proporcionar a los profesionales especialistas la información necesaria que pueda orientarlos para la detección, abordaje inicial y terapéutico de los TA en niños y adolescentes

III) AMBITO DE APLICACIÓN

En la mayoría de pacientes esta indicado el tratamiento ambulatorio.

IV) PROCESO A ESTANDARIZAR:

Diagnostico y tratamiento de:

F40 Trastorno de ansiedad fóbica.

F40.0 Agorafobia

F 40.00 sin trastorno de pánico

F 40.01 con trastorno de pánico.

F 40.1 Fobias sociales.

F 40.2 Fobias especificas

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

F 41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F 42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos.

F 42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

F 42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F43.0 Reacciones a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés postraumático.

CONSIDERACIONES GENERALES

1) DEFINICION:

La ansiedad es un estado de alerta, inherente al ser humano desde su nacimiento y esta presente durante toda la vida, por lo que debemos diferenciar los conceptos de ansiedad normal y ansiedad patológica.

La ansiedad es una respuesta emocional que surge cuando nos encontramos ante situaciones que representan una amenaza física o psíquica, que puede ser real o imaginada.

La ansiedad incrementa la actividad fisiológica y nos pone en alerta para defendernos de posibles amenazas y nos moviliza para evitar el peligro, neutralizarlo o enfrentarlo adecuadamente.



ANSIEDAD NORMAL:

Es la más común y universal de las emociones. Es una sensación de aprehensión difusa y vaga. Los niveles de ansiedad normal son leves y mejoran nuestro rendimiento y nuestra adaptación al medio social, académico y laboral, nos mantienen alerta y atentos.

La ansiedad normal tiene respuestas esperadas y comunes, de duración limitada, no genera sufrimiento y nos ayuda a la adquisición de habilidades y destrezas para nuestro adecuado desarrollo.

ANSIEDAD PATOLOGICA:

Cuando la ansiedad sobrepasa los niveles de leve y se convierte en una emoción negativa muy desagradable vivida como una sensación de miedo, acompañada de deseo de huir, sin poder identificar el peligro o la causa de este sentimiento.

La ansiedad patológica genera sensación de "ahogo", con aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular, pensamientos negativos y dificultades para la comunicación.

Los síntomas son intensos, de duración prolongada, interfieren en las actividades, limitan el desarrollo y generan gran sufrimiento.

2) ETIOLOGIA:

a) Factores genéticos:

En casi todos los casos los familiares del paciente y en especial los padres tienen tendencia a padecer estados de ansiedad, lo que nos indica un componente genético, el cual es más evidente en los trastornos obsesivos compulsivos y en los trastornos de pánico.

b) Factores Psicosociales:

Tener padres sobreprotectores que no permiten que sus hijos desarrollen seguridad emocional

Los eventos estresantes como la pérdida de alguien significativo o cambios importantes en el estilo de vida.

Las diversas dificultades que enfrenta un niño en el curso de su desarrollo, especialmente cuando las expectativas que tienen sus padres no pueden ser alcanzadas por la falta de recursos adecuados en el niño.

3) ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Según el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud mental 2002 realizado por el Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en una muestra de 991 adolescentes de Lima Metropolitana y el Callao en un rango de edad entre los 12 y 17 años, se encontró en la Prevalencia de estados anímicos que un 18.2% se encontraba tenso y angustiado un 11.1%.

En relación a los trastornos clínicos se encontró un 7.1% para fobia social y un 4.2% para ansiedad generalizada.

4) FACTORES ASOCIADOS

Según menciona Alfredo Cia (2002) existen 3 hipótesis en relación a la ansiedad en el periodo infanto-juvenil.



HOSPITAL "HERMINIO VALDIZÁN"
OPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. Mireya Ojeda Castillo
Médico Jefe del DISIRMA
C.M.P. 236-48 R.N.E. 11669

La primera basada en el temperamento genéticamente transmitido que habla de una predisposición genética a desarrollar ansiedad.

La segunda hace referencia a las conductas parentales que comprenden al modelado y reforzamiento de temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía específicos que van generando pensamientos y conductas ansiosas.

La tercera hace referencia a la interacción entre lo genético y lo ambiental es decir entre el temperamento ansioso y las interacciones vinculadas a la influencia parental.

FACTORES DE RIESGO DE LA ANSIEDAD (Mardomingo,2002)

- Clase socioeconómica desfavorecida.
- Agresividad y violencia en la familia y en el medio social.
- Antecedentes de trastorno de ansiedad.
- Inhibición conductual y social como característica temperamental.
- Depresión familiar.
- Alcoholismo.
- Actitud excesivamente permisiva de los padres.
- Expectativas desmesuradas que cargan sobre el hijo una responsabilidad excesiva y agobiante.

VI) CONSIDERACIONES ESPECIALES

1) CUADRO CLINICO

Los trastornos de Ansiedad son:

Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico o (Crisis de angustia) Fobias, Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de Stress post- traumático.

1) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- a. Síntomas Psíquicos: Aprehensión, tensión, irritabilidad, preocupación excesiva, inquietud, falta de concentración, sensibilidad al ruido, preocupaciones acerca de la salud de si mismo o de sus padres, todos estos síntomas persisten por un periodo mayor a 6 meses.
- b. Síntomas Físicos: Sequedad de boca, dificultad para deglutir, molestias epigástricas, sensación de ardor epigástrico, opresión en el pecho, hiperventilación, palpitaciones, micción frecuente temblor, mareos, cefalea, temor nocturno, percepción del latido cardiaco.

2) TRASTORNO DE PANÍCO

- a. Síntomas Psíquicos: Estado agudo de intenso miedo, de aparición brusca y súbita, que dura menos de 30 minutos, con la sensación de muerte o de padecer una enfermedad grave.
- b. Síntomas físicos: Los mismos que en la ansiedad generalizada pero de forma aguda y de mayor intensidad.

3) TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Los síntomas se asocian a una excesiva preocupación y temor

- a. Síntomas obsesivos: Son palabras, ideas o imágenes y dudas que se experimentan como intrusivas en la actividad mental y se intenta eliminarlas ya que se reconocen como irracionales y absurdas.
- b. Síntomas compulsivos: Aparecen para aliviar la ansiedad que generan las obsesiones y consisten en actos inevitables que generan verdaderos



rituales, estos actos repetitivos son necesarios e inevitables para el paciente.

4) FOBIAS

Son temores excesivos e irracionales a objetos o situaciones que se acompañan de conductas de evitación.

- a) Fobia Simple: El niño se pone muy ansioso ante la presencia de un objeto, de un animal o de una situación concreta o cuando anticipa una situación e intenta evitar el contacto.
- b) Fobia Social: Se experimenta mucha ansiedad cuando se esta expuesto a la observación y critica de los demás. Puede generar síntomas severos ante la posibilidad de hablar en público. Se sonroja y tiembla, se involucra en grupos pero no participa o se ubica en lugares apartados en reuniones sociales, generalmente su inicio es en la adolescencia y a veces llega a impedir el desarrollo escolar.
- c) Fobia Escolar: Se produce una gran ansiedad ante la idea de ir al colegio, aparecen síntomas físicos como náuseas que pueden llegar al vomito, dolor abdominal, palidez, mareo, cefalea, se incrementan los síntomas los días lunes o luego de las vacaciones escolares.

5) TRASTORNO DE STRESS POST -TRAUMATICO

Es una alteración que se relaciona directamente con una situación estresante y aparece inmediatamente después del evento, generalmente es una situación que pone en riesgo la vida y la integridad física. Hay una respuesta de miedo intenso, necesidad de ayuda, pudiendo presentarse una conducta desorganizada y agitada.

El evento traumático es re -experimentado en forma persistente y recurrente a través de imágenes, pensamientos o percepciones, sueños relacionados con el evento como si estuvieran sucediendo nuevamente.

Persistente evitación de estímulos asociados con el trauma, evitar actividades, lugares y personas que recuerden los hechos.

Disminución de interés para participar en actividades significativas.

Dificultad para dormir, estado de alerta incrementado, irritabilidad, dificultad para concentrarse.

Los síntomas duran más de un mes e interfieren en el comportamiento psicosocial.

2) DIAGNOSTICO

Se aplicaran los criterios diagnósticos señalados en la Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes CIE- 10. Para las patologías señaladas anteriormente con sus códigos respectivos

3) EVALUACION

- Entrevista al niño o adolescente
- Observación de conducta en situaciones espontaneas
- Entrevista a los padres
- Aplicación de Escalas de Ansiedad para niños y adolescentes



HOSPITAL "HERMINIO VALDIZAN"
DPTO. DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. *Angela Torrealán Castillo*
Médico Jefe del DSMNA
C.M.P. 23048 R.N.E. 11669

Determinar si se cumplen los criterios diagnósticos de una variedad de trastorno de ansiedad según ICD-10

Evaluar la posibilidad de un trastorno comorbido.

Descartar la posibilidad de que los síntomas puedan ser causados por un trastorno médico o por el consumo de sustancias.

Evaluación del tipo de alteración funcional y de su gravedad:

4) MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

4.1) MEDIDAS GENERALES.

Establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica.

Proporcionar formación e información inicial progresiva al paciente.

Proporcionar información a la familia cuando sea apropiado.

4.2) TERAPEUTICA

Considerar la eficacia, los riesgos y beneficios, los costos en la elección de la modalidad de tratamiento

Tanto la terapia cognitivo conductual (TCC) para la angustia como la medicación han demostrado ser tratamientos eficaces en los trastornos de angustia.

La combinación de tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y abordajes psicosociales puede tener ventajas sobre cada una de las modalidades por separado.

PSICOTERAPIAS

La TCC centrada en la angustia pueden iniciarse en sesiones semanales (12 semanas)

La TCC puede realizarse en grupo.

La TCC puede incluir los siguientes componentes:

* Psicoeducación:

- Identificar y denominar los síntomas del paciente.
- Proporcionar una explicación directa de las causas de las causas de los síntomas.
- Diseñar un plan de Tratamiento.

* Control continuado de las crisis de angustia y las cogniciones ansiosas.

* Realizar técnicas de control de la ansiedad para reducir la reactividad fisiológica.

* Reestructuración cognitiva:

- Ayuda a la identificación de los pensamientos distorsionados sobre sus sensaciones.
- Animar al paciente a considerar las pruebas y a pensar en posibles resultados alternativos.

* Exposición a las señales de miedo

- Las señales pueden ser internas o ambientales.
- Dirigir al paciente para que identifique una jerarquía de situaciones temidas.
- Animar al paciente a que afronte las situaciones temidas de forma regular hasta que el miedo disminuya.

Considerar el empleo de la terapia familiar y de apoyo durante la aplicación de otros tratamientos psicosociales y farmacológicos



La combinación de psicoterapias y otras intervenciones psicosociales con el tratamiento psiquiátrico también puede ser útil en el tratamiento de determinados trastornos comorbidos o de factores psicosociales estresantes

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El uso de ansiolíticos (benzodiacepinas) es útil en aquellos casos en que se den algunas de las siguientes situaciones:

- a) Ansiedad intensa que produce un gran malestar.
- b) Limitación significativa en el desempeño cotidiano.
- c) Sensación de terror severo.
- d) Trastornos del sueño persistentes.

Las benzodiacepinas pueden usarse preferentemente en situaciones en las que es muy importante conseguir un control muy rápido de los síntomas .

Después de 6 a 8 semanas de tratamiento suelen aparecer síntomas de abstinencia o efecto de rebote cuando se suprimen las benzodiacepinas .Incluso después de un tratamiento prolongado debe disminuirse lentamente la dosis.

Para interrumpir el tratamiento, disminuirla dosis muy lentamente probablemente en 2 o 4 meses, y no reducir nunca mas del 10% de las dosis semanal.

Generalmente se contraindica el uso de benzodiacepinas en pacientes con antecedentes de trastornos por consumo de sustancias.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

En la mayoría de los pacientes, los ISRS proporcionan el equilibrio más favorable entre eficacia y efectos secundarios.

La respuesta suele tardar como mínimo 4 semanas; en algunos pacientes la respuesta completa tarda entre 8 y 12 semanas.

Disminuir los ISRS (excepto la Fluoxetina) a lo largo de varias semanas si se quiere interrumpir el tratamiento después de un tiempo prolongado de administración

Los tratamientos deben ser mantenidos alrededor de los 12 meses

La posología de los ansiolíticos debe ser inicialmente baja y gradualmente incrementada. Es conveniente iniciar el tratamiento en una sola dosis ,al desayuno o en la noche según el tipo de trastorno y luego aumentar la cantidad de tomas hasta 3 o 4 según lo prolongado de la acción del fármaco utilizado.

DOSIFICACIÓN DE ANSIOLITICOS DE USO FRECUENTE

Nombre genérico	Presentación (tabletas)	Dosis
Alprazolam	0.25/0.5 mg	0.01 a 0.05 mg/kg/D
Clonazepam	0.5/2 mg	0.01 a 0.03 mg/Kg/D
Diazepam	2/5/10 mg	0.1 a 0.8 mg/Kg/D

ANTIDEPRESIVOS DE USO FRECUENTE

Nombre genérica	Presentación (tab,)	Dosis
Fluoxetina	20 mg	5-40 mg/día
Sertralina	50 y 100 mg	25-100 mg/d
Paroxetina	20 mg	10-50 mg/d



HOSPITAL HERMITILLO VALDIVIAN
 OPTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
 Dra. Angélica Toledo Casavilla
 Psicóloga del DSM-IV
 C.M.P. 23648 R.N.E. 11669

4.3) COMORBILIDAD

Existe una elevada comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad en niños y adolescentes superando el 50 % de las muestras clínicas (last, 1987).

Los niños con trastorno de ansiedad frecuentemente experimentan depresión, trastorno de déficit atencional y trastorno de conducta oposicionista (Anderson, 1994).

4.4) PRONOSTICO

Según la fundación Nova sajeta, estudios prospectivos y longitudinales muestran que la tasa de remisión en un seguimiento de 4 a 5 años esta entre 77% y 82%., la mayoría 68% lo hace durante el primer año de seguimiento.

Siendo la ansiedad de separación la tasa de recuperación mas elevada 96% y el trastorno de angustia la mas baja 70%.

El trastorno de ansiedad generalizada esta entre los que mas tarda en remitir.

Los factores predictivos de una recuperación mas lenta son la edad de inicio temprana y el ingreso a edades mas tardías.

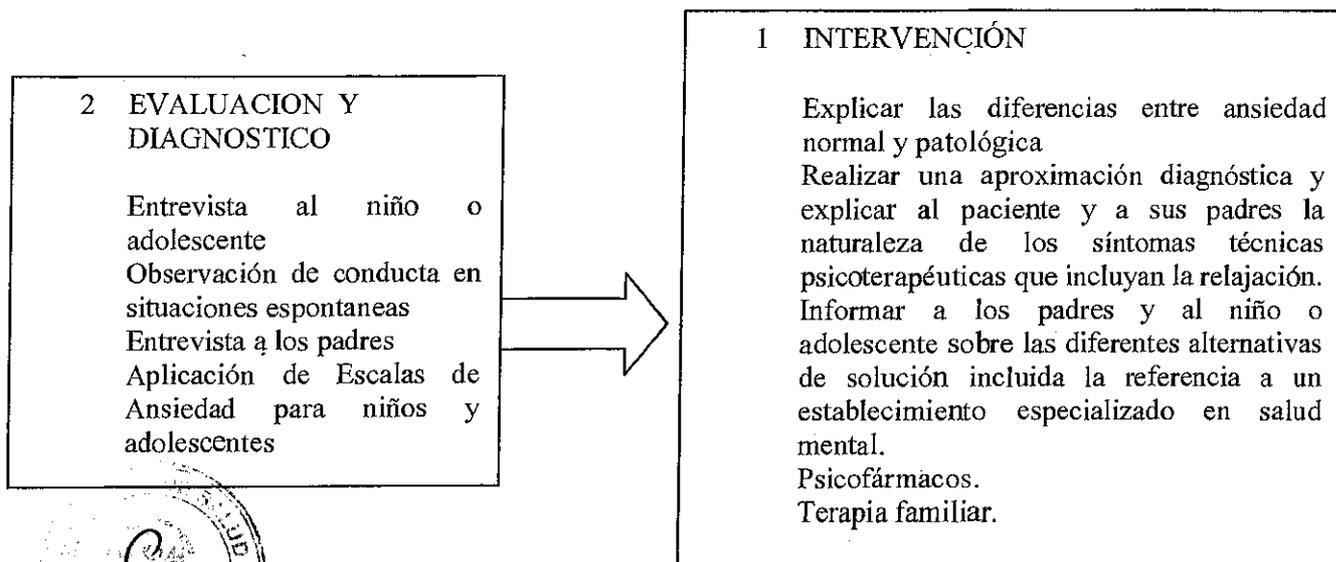
4.5) CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Serán referidos a un hospital 3* nivel (H. Valdivian) los pacientes que presenten un trastorno de ansiedad con las siguientes características:

- Limitación significativa en el desempeño cotidiano.
- Trastornos de sueños persistentes.
- Ansiedad intensa que produce un gran malestar.
- Sensación de terror severo.
- Presencia de comorbilidad.
- Cuadro clínico de evolución crónica o repetitiva.

Una vez resuelta el área critica deberá retornar a su centro de origen para su control regular.

4.6) FLUXOGRAMA



HOSPITAL HEMERUTICO VALDIVIAN
OPTID. DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Dra. N. Gabriela Toledo Costello
Medicóloga del DSM-IV
C.M.P. 23615 R.N.E. 111665



