

Tratamiento Farmacológico

Protocolos en comportamiento suicida y comorbilidades
Dr. Cristian Molina



TRASTORNO POR COMPORTAMIENTO SUICIDA

CRITERIOS PROPUESTOS

A. En los últimos 24 meses, la persona ha intentado suicidarse.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos autoiniciada por un individuo que, en el momento de la iniciación, esperaba que el conjunto de acciones lo llevaría a su propia muerte. (El “momento de iniciación” es el momento en que tuvo lugar un comportamiento que involucró la aplicación del método).

B. El acto no cumple con los criterios de autolesiones no suicidas, es decir, no involucra autolesiones dirigidas a la superficie del cuerpo realizadas para inducir el alivio de un sentimiento negativo/estado cognitivo o para lograr un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un estado de delirio o confusión.

E. El acto no fue realizado únicamente con un objetivo político o religioso.

Especificar si:

Vigente: No más de 12 meses desde el último intento.

En remisión temprana: 12 a 24 meses desde el último intento.

Nota: códigos ICD-10-CM para indicar si la conducta suicida es parte de la presentación clínica actual (T14.91A para contacto inicial y T14.91D para encuentros posteriores) y/o si ha habido antecedentes de conducta suicida (Z91 .51) están disponibles para uso clínico para acompañar cualquier diagnóstico del DSM-5; además, los códigos se pueden registrar en ausencia de un diagnóstico DSM-5. La definición de estos códigos se incluye en la Sección II, “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” (ver “Comportamiento suicida”).

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION
TEXT REVISION

DSM-5-TR™

Especificadores

1. El comportamiento suicida a menudo se clasifica en términos de violencia del método.
2. En general, las sobredosis de sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que los saltos, las heridas de bala y otros métodos se consideran violentos.
3. Otra dimensión para la clasificación son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren hospitalización médica más allá de una visita a una emergencia.
4. Una dimensión adicional considerada incluye el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias para el resultado médico de un intento de suicidio.
5. Si la conducta suicida ocurrió 12 a 24 meses antes de la evaluación, se considera que la afección está en remisión temprana.



Las emergencias psiquiátricas son trastornos agudos en el pensamiento, el comportamiento, el estado de ánimo o las relaciones sociales que requieren una intervención inmediata.

Garantizar la seguridad del paciente, las personas que lo rodean y el equipo médico es el primer paso de la evaluación

El tratamiento se enfoca en la estabilización del paciente, luego en síntomas específicos y finalmente en la causa de los síntomas

Para el primer episodio de psicosis, los psiquiatras deben comportarse como cardiólogos
Psiquiatría actual . 2017 agosto;16(8):4-7

Por [Dr. Henry A. Nasrallah](#)

El infarto de miocardio (IM) es la principal causa de muerte en los Estados Unidos y la esquizofrenia es la principal causa de discapacidad.

Pero mientras que los cardiólogos manejan el primer ataque cardíaco de manera muy agresiva para prevenir un segundo IM, los psiquiatras generalmente no manejan el primer episodio de psicosis (FEP) de manera tan agresiva para prevenir el segundo episodio psicótico más maligno.

Caso similar en el comportamiento de suicidio de alta letalidad.



Table 1

Management of a first myocardial infarction

Quit smoking

Change of diet (eg, Ornish diet)

Regular exercise to improve cardiopulmonary fitness

Lower body mass index to less than 25 kg/m²

Aspirin to prevent thrombus formation

Antihypertensive drugs to control blood pressure

Hypoglycemic drugs to decrease hyperglycemia

Statins to lower low-density lipoprotein cholesterol and triglycerides

Stress management classes

Table 2

Management of a first psychotic episode

Hospitalize the patient and then initiate an atypical oral antipsychotic as soon as possible to reduce the duration of untreated psychosis

Start a long-acting injectable antipsychotic at least 1 week before discharge. Enroll in the pharmaceutical company's patient assistance program if the family cannot afford the drug

Have the social worker invite a case manager from the local community mental health center to ensure continuity of care and outpatient follow-up

Urge the patient to abstain from all drugs of abuse that can trigger or exacerbate psychosis

Provide diet and exercise counseling to control possible weight gain and to improve hippocampal neurogenesis and functioning

Comorbilidad

El trastorno de conducta suicida se considera en el contexto de una variedad de trastornos mentales, más comúnmente:

1. trastorno bipolar
2. trastorno depresivo mayor
3. esquizofrenia
4. trastorno esquizoafectivo
5. trastornos de ansiedad (en particular, trastornos de pánico asociados con contenido catastrófico y escenas retrospectivas de TEPT),
6. trastornos por uso de sustancias. especialmente los trastornos por consumo de alcohol),
7. trastorno límite de la personalidad, el trastorno de la personalidad antisocial, los trastornos alimentarios y los trastornos de adaptación.

SINDROME	CLUSTER	EMERGENCIAS	TRATAMIENTO
AGAROFOBIA	B y C	Pánico /depresión	Alprazolam 0.25 mg , ISRS
TUS (alcohol) Intoxicación	B	Desinhibición , sedación	Vigilancia e hidratación IV
TUS (alcohol) Delirium	Todos	Confusión , dis autonomía, conciencia fluctuante	Haloperidol IM Clordiazepoxido
TUS (alcohol) Crisis epilépticas	Todos	Crisis gran mal, estatus epiléptico	Diazepam IM , fenitoína
TUS (alcohol) abstinencia	Todos	Irritabilidad , nausea, hiperactividad autonómica	Fluidos, BZD, Complejo B , signos vitales
Anorexia Nerviosa	B	Perdida de un 25 % del peso corporal según la norma por edad y sexo	EKG, electrolitos, evaluación neuro endocrina
Aflicción	Todos	Sentimientos de culpa, insomnio, quejas somáticas	Descartar TDM, intervención breve , oxigeno

SINDROME	CLUSTER	EMERGENCIAS	TRATAMIENTO
TLP	B	Ideación o gesto suicida, ideaciones homicidas, abuso de sustancia, autolesiones	Evolución de la ideación suicidio y homicida si persiste ingreso, dosis bajas de AP , plan de seguridad.
TDM	todos	Ideación suicida y comportamiento, TUS	Evaluación del peligro de autolesión, hospitalización si persiste, descartar patología orgánica.
Comportamiento homicida y violento	B	Marcada agitación y amenazas	Contención mecánica y farmacológica
Insomnio	Todos	Depresión irritabilidad , agitación matutina, fatiga	Hipnóticos por tiempo corto, higiene del sueño, descartar organicidad
Marital Crisis	B	Precipitantes infidelidad, o enfermedades graves, problemas con hijos	Cada uno debe ser explorado por separado, intervención en crisis, descartar otra patología psiquiátrica
Violación	Todos	Perdida de apetito, alteración del sueño, ansiedad, mutismo, bloqueo, miedo de violencia , muerte o embarazo	Terapia orientada en crisis, soporte social, refuerzo ventilatorio, consejero legal, medir hormonas, examinación medica minuciosa

SINDROMES	CLUSTER	EMERGENCIAS	TRATAMIENTO
Suicidio	Todos	Comportamiento suicida desesperanza	Evaluación Medica Plan de seguridad Evaluar patología psiquiátrica Activar redes de apoyo Seguimiento en menos de 72 horas al alta
Cocaína / Anfetaminas intoxicación y abstinencia	todos	Paranoia, agitación psicomotriz, ansiedad severa, delirium esquizofreniforme , HTA, Ideación suicida Taquicardia , EVC	Antipsicóticos atípicos, BZD, TEC, si persiste hospitalización
Opioides	Todos	Dolor abdominal, insomnio, crisis epilépticas, discinesia, manía, síntomas esquizofreniformes	Valorar sustitución metadona , desintoxicación rápida naloxona, intervención al alta.
Insomnio	Todos	Depresión irritabilidad , agitación matutina, fatiga	Hipnóticos por tiempo corto, higiene del sueño, descartar organicidad
Trastorno ficticio	B	Simulación , inducción o agravantes de severas enfermedades , dolor auto infligido, o infligido a otros	Descartar organicidad Activar apoyo legal Minimizar el daño Considerar tutela

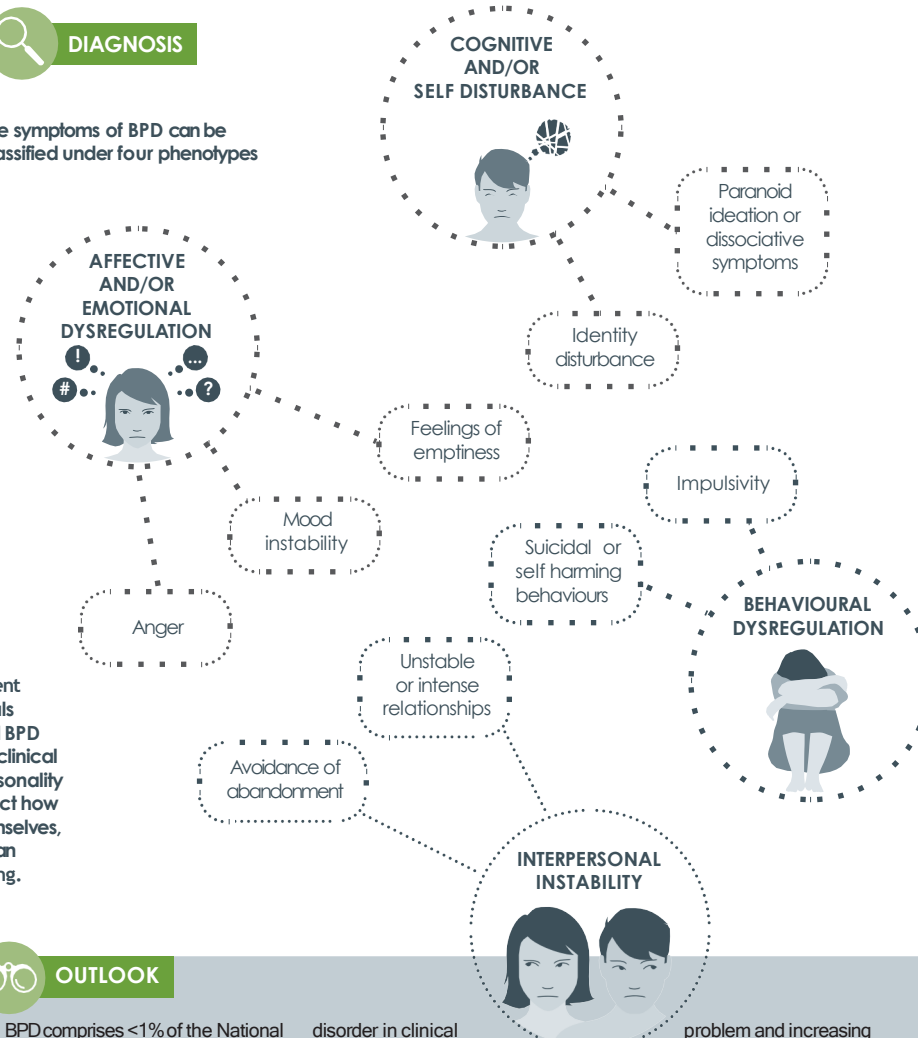
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

For more information, visit doi:10.1038/nrdp.2018.29

➔ Borderline personality disorder (BPD) is characterized by interpersonal instability, an unstable sense of self, impulsive behaviours and emotional sensitivity. Patients with BPD have high morbidity and often face severe stigma.

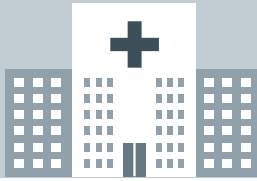
DIAGNOSIS

The symptoms of BPD can be classified under four phenotypes



EPIDEMIOLOGY

The lifetime prevalence of BPD is 5.9%. Prevalence is substantially higher in treatment settings; patients with BPD comprise ~15-28% of patients in psychiatric outpatient clinics or hospitals, 6% of primary care visits and 10-15% of emergency room visits.



MECHANISMS

The aetiology of BPD is the interaction of genetic and environmental factors, leading to alterations in brain development. Genes implicated in the aetiology of BPD overlap with those for major depression, bipolar disorder and schizophrenia. Environmental risk factors include adverse childhood trauma or maltreatment, abnormal caregiver attachment and childhood or adolescent psychopathology. Alterations in neural circuits are speculated to underlie the symptoms of BPD. Affected brain areas include regions involved in understanding the mental state of others and the self, in addition to the pain network, the reward network and the limbic system, which has a role in the regulation of emotions and behaviours.

The assessment of individuals with suspected BPD is carried out by clinical interview. As personality changes can affect how patients see themselves, diagnosis can be challenging.

OUTLOOK

BPD comprises <1% of the National Institute for Mental Health-funded research in the United States, despite the high prevalence of this disorder in clinical settings, high morbidity and the financial burden. BPD is an unaddressed major public health problem and increasing public awareness and increasing investment in research are necessary.

QUALITY OF LIFE

Patients with BPD have substantial functional impairment, including employment, social and vocational functioning. However, functional impairment is unstable and can improve with remission. In one study, ~85% of patients had remission for ≥ 7 year within 10 years. Predictors of remission include younger age, less-severe symptoms and an absence of childhood abuse, among other factors.

BPD is frequently comorbid with other psychiatric disorders, including major depressive disorder, anxiety and trauma-related disorders

MANAGEMENT

The first-line treatment for patients with BPD is psychological therapy, such as dialectical behavioural therapy (DBT), mentalization-based treatment (MBT) and transference focused psychotherapy (TFP). DBT focuses on treating the observable symptoms of BPD whereas MBT and TFP focus on improving the patient's own understanding of their motives and feelings. Less-intensive generalist models of treatment are emerging, and can address the serious unavailability of the intensive specialist models. BPD can interfere with the treatment of comorbid conditions such as depression or panic disorder, whereas other comorbid conditions such as substance abuse and antisocial personality disorder can interfere with the treatment of BPD.

Psychoactive medications are frequently prescribed for BPD despite little evidence supporting their efficacy

Depersonalization/Derealization Disorder

Diagnostic Criteria

F48.1

- A. The presence of persistent or recurrent experiences of depersonalization, derealization, or both:
 - 1. **Depersonalization:** Experiences of unreality, detachment, or being an outside observer with respect to one's thoughts, feelings, sensations, body, or actions (e.g., perceptual alterations, distorted sense of time, unreal or absent self, emotional and/or physical numbing).
 - 2. **Derealization:** Experiences of unreality or detachment with respect to surroundings (e.g., individuals or objects are experienced as unreal, dreamlike, foggy, lifeless, or visually distorted).
- B. During the depersonalization or derealization experiences, reality testing remains intact.
- C. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, medication) or another medical condition (e.g., seizures).
- E. The disturbance is not better explained by another mental disorder, such as schizophrenia, panic disorder, major depressive disorder, acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, or another dissociative disorder.

Antisocial Personality Disorder

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION
TEXT REVISION

DSM-5-TR™

Diagnostic Criteria

F60.2

- A. A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following:
 - 1. Failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors, as indicated by repeatedly performing acts that are grounds for arrest.
 - 2. Deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure.
 - 3. Impulsivity or failure to plan ahead.
 - 4. Irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults.
 - 5. Reckless disregard for safety of self or others.
 - 6. Consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations.
 - 7. Lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated, or stolen from another.
- B. The individual is at least age 18 years.
- C. There is evidence of conduct disorder with onset before age 15 years.
- D. The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder.

AGITACIÓN MIXTA

Psiquiátrica	
Psicótica: Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Episodio maníaco. Episodio depresivo: en casos de depresión agitada que suele ser más frecuente en ancianos y niños. Trastorno delirante (paranoia).	No psicótica: Crisis de angustia. Trastornos de la personalidad principalmente histriónica, límite y paranoide. Alteración de conducta en pacientes con retraso mental o demencia (distinguir del <i>delirium</i> superpuesto a la demencia).
No psiquiátrica	
Situación desencadenada por un estresor agudo como por ejemplo reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...) y situaciones de desconexiones ambientales (UCI...).	

LITIO

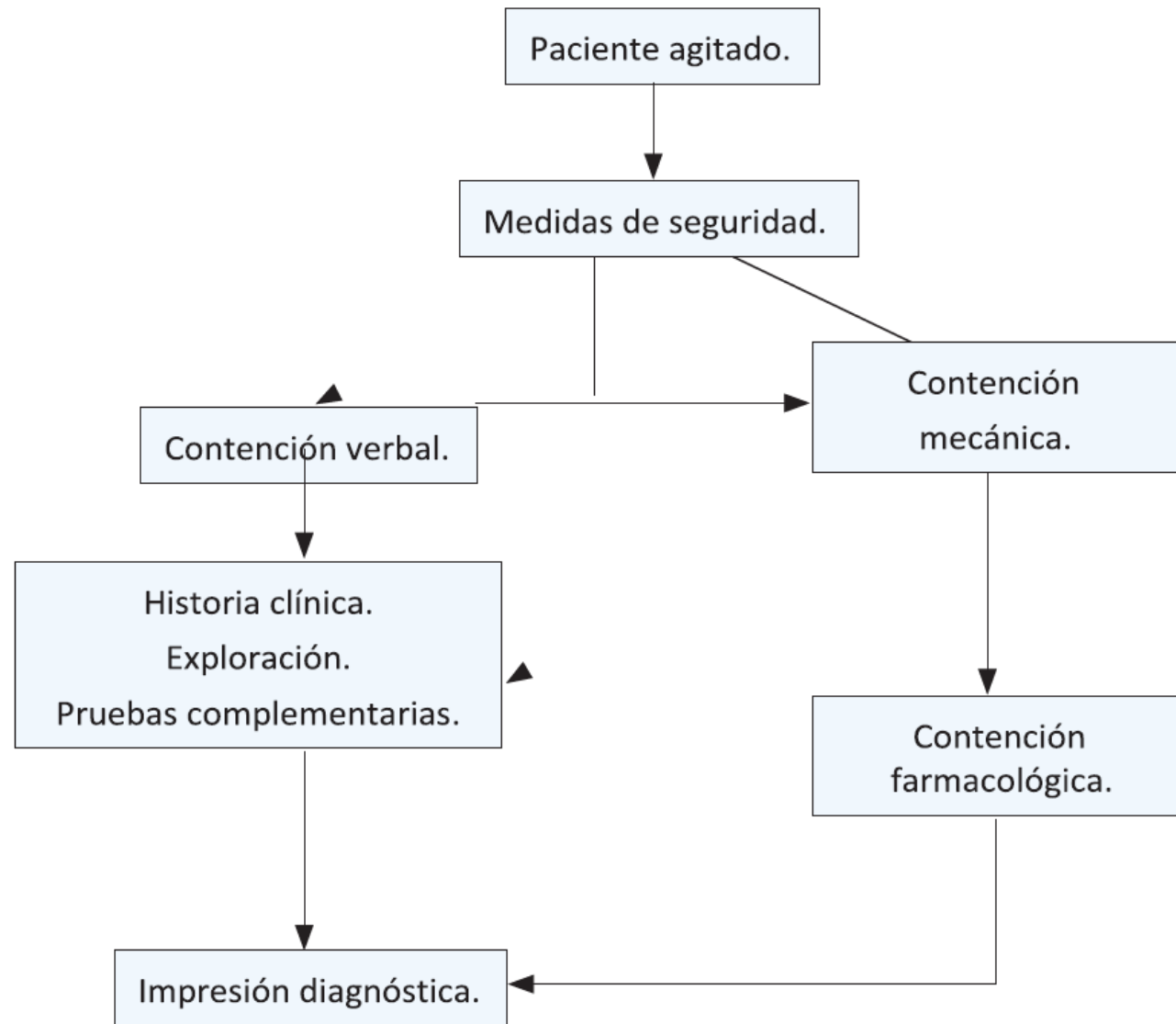
Dosis usual en adultos y niños mayores de 12 años:

- 400 a 1600 mg al día, ajustando la dosis diaria en función de la respuesta clínica.
- No se recomienda su uso en niños menores de 12 años.
- Los pacientes ancianos necesitan una menor dosis inicial y un ajuste más gradual de la dosis. Se recomienda un control clínico especial.
- Debe ingerirse el medicamento entero, pudiendo ayudar la ingestión con agua u otro líquido.

- **Esquizofrenia e ideación suicida**

Clozapina

- Inicial, 12.5 mg una o dos veces al día (una tableta de 25 mg de clozapina en el primer día) para evitar la sedación excesiva y la hipotensión ortostática. Si es bien tolerado, la dosis puede ser aumentada con incrementos diarios de 25 a 50 mg, llegando a un nivel máximo de dosis de hasta 300 a 450 mg al día en los primeros 7 a 14 días.



CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

Fármaco	Dosis	Indicaciones	Efectos adversos
Haloperidol	1 ampolla 5 mg (hasta 100 mg/día im).	Repetir cada 30-45 min.	Síntomas extrapiramidales. Umbral convulsivo.
Levomepromazina	1 ampolla 25 mg im.	Repetir cada 2-4 h	Anticolinérgicos. Sedación.
Clorpromazina	1 ampolla 25 mg im.	Repetir cada 2-4 h.	Anticolinérgicos. Sedación.
Risperidona	0,5-2 mg vo. (gotas o flas).	Repetir cada 2-4h.	Síntomas extrapiramidales en menor medida.
Olanzapina	- 1 ampolla 10 mg im. - 5-10 mg cp o velotab.	Repetir cada 2-4 h.	Anticolinérgicos. Sedación menos intensa.
Ziprasidona	10-20 mg im.	- Repetir 10 mg cada 2 h. - Dosis máx: 40 mg/día.	Alarga el QT. Escasa sedación.
Benzodiazepinas	Vía oral: - lorazepam 1-2 mg. - diazepam 5-10 mg. - clonacepam 0,5-2 mg. Vía im.: - clorazepato 25-50 mg.	Poco indicadas, salvo en caso de: - <i>delirium tremens</i> . - abstinencia a benzodiazepinas. - intoxicación por estimulantes.	Depresión SNC. Confusión (la absorción im. es errática).

ESKETAMINA

Nombre comercial	Presentación	Indicaciones Médicas	Vía de administración	Insuficiencia hepática	Insuficiencia renal	Menores de 18 años	Adultos mayores
Spravato	<p>Aerosol intranasal: 28 mg de esketamina por dispositivo.</p> <p>Cada dispositivo de aerosol intranasal administra dos disparos que en conjunto contienen un total de 28 mg de esketamina.</p>	<p>Para el tratamiento de Síntomas depresivos en adultos con trastorno depresivo mayor (MDD) con comportamiento o pensamientos suicidas agudos (FDA).</p> <p>Depresión resistente al tratamiento ó DRT (COFEPRIS Y FDA)</p>	Intranasal	<p>Sin necesidad de ajuste en insuficiencia hepática leve (clase A Child Pugh) o moderada (clase B Child Pugh).</p> <p>No se recomienda el uso en pacientes con insuficiencia hepática severa (clase C Child-Pugh).</p>	<p>Sin necesidad de ajuste en pacientes con falla renal.</p> <p>No se recomienda el uso en pacientes con diálisis renal.</p>	No recomendado	Ajuste de dosis a la baja (iniciar con 28mg)

CONTENCIÓN VERBAL

Debe recogerse la máxima información posible del paciente, familiares o acompañantes para la correcta filiación del caso, por este motivo éste sería el primer paso dentro de todo proceso.

Es importante mostrar interés por su problema, empatizar y en algunos casos puede ser beneficioso ganarse su confianza preguntando cuestiones no relacionadas con el motivo de su presencia a urgencias. Se debe mantener un tono de voz suave, calmado, seguro y firme. No se deben tener prejuicios.

No conviene situarse por encima del nivel del paciente ya que esto puede ser interpretado como una provocación.

CONTENCIÓN MECÁNICA

Esta medida es necesaria en primer lugar si el paciente presenta un peligro para sí mismo y para otras personas y cuando se precisa la realización de una exploración física y/u obtención de pruebas complementarias para un abordaje etiológico del cuadro.

De manera periódica se deberá comprobar su estado para garantizar su comodidad y seguridad ya que, en ocasiones, el uso de la contención exclusivamente mecánica puede causar más daño orgánico y originar complicaciones, incluyendo la hipertermia y rabdomiólisis.

Para prevenir esta última complicación, será necesaria la correcta hidratación del paciente. Si la contención es prolongada, se deberá administrar heparina subcutánea para prevenir la trombosis venosa profunda.

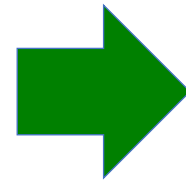
Habitualmente la contención mecánica se asocia a la contención química.



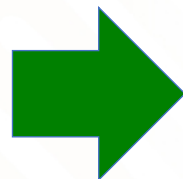
DESPISTAJE
organicidad o
intoxicación



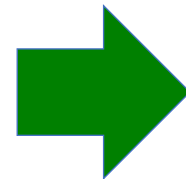
Medicina Interna
/cirugía /otros
servicios



Valoración del riesgo
suicida



Escalas psicométricas



- ✓ 1. Plan de seguridad
- ✓ 2. exploracion psicopatológica
- ✓ 3. Estudios de Imagen
- ✓ 4. Analisis gabinete
- ✓ 5. Intervenciones

ACCIONES DE SSM EN URGENCIAS

