

ANEXO 1

El profesional actuante deberá evaluar de manera continua los efectos y resultados del tratamiento, así como también la interacción de los medicamentos (incluyendo alcohol, medicamentos adquiridos sin receta médica y medicinas complementarias/tradicionales) y los efectos adversos del tratamiento, ajustándolo según corresponda. Es recomendable que el profesional de la salud explique en lenguaje sencillo y claro:

- Las razones de la indicación del psicofármaco.
- Las dudas e inquietudes que pudieran surgir en relación al tratamiento.
- Los efectos secundarios y adversos que pudiera producirle el fármaco.
- En la indicación de un psicofármaco se debe contar con el acuerdo del adolescente si está en condiciones de consentir, y del familiar responsable siempre que la situación de urgencia así lo permita.

■ La indicación del psicofármaco en la urgencia puede tener uno o varios de los siguientes objetivos:

- Obtener una disminución de la sintomatología.
- Facilitar y/o profundizar la evaluación para una adecuada toma de decisiones.
- Favorecer la implementación en algunos casos de otras medidas terapéuticas necesarias.
- Asegurar la integridad física de la persona y de terceros.

La elección del tipo y vía de administración del psicofármaco dependerá de:

- Los síntomas blanco a tratar.
- La intensidad de los síntomas.
- La urgencia para aliviar ese síntoma (riesgo potencial).

- La disponibilidad en el mercado de fórmulas orales, sublinguales o parenterales.

- La disponibilidad real del fármaco en el momento de la consulta.

- Los antecedentes de respuesta anterior que se puedan recavar (efectos sedativos o adversos que pudiera tener).

- Del estado clínico y neurológico global actual y de los antecedentes médicos del paciente.

Se intentará utilizar en primera instancia la vía oral, que suele ser aceptada una vez explicitada y resulta efectiva.

Se debe tener en cuenta la gran dificultad de efectuar estudios de investigación en fármacos en niños y adolescentes por razones bioéticas. Por lo cual las indicaciones de psicofármacos aprobadas para este grupo etáreo son muy limitadas y la mayoría de las recomendaciones surgen de consensos de expertos avaladas por la experiencia profesional.

No existen guías de tratamiento para trastornos psiquiátricos específicos con benzodiacepinas en niños, pero en la práctica, en la urgencia son útiles prefiriéndose siempre las de vida media corta o intermedia. Tanto el lorazepam como el clonazepam tienen dosis establecidas para las crisis convulsivas, pero su eficacia y riesgo para otras indicaciones no ha sido establecida con exactitud.

Ninguno de los antipsicóticos atípicos (Risperidona, Olanzapina, Quetiapina,

Ziprazidona) está aprobado en menores de 16 años porque su eficacia y riesgo no han podido ser comprobados. Los consensos de expertos sugieren su utilización en niños tanto para el tratamiento de síntomas psicóticos como agresividad, impulsividad y otros trastornos de conducta severos cuando otras intervenciones psicosociales han fracasado.

En pacientes adultos dichos fármacos han demostrado ser igualmente eficaces en la urgencia como algunos de los típicos (haloperidol) y son de primera elección por un mejor perfil de efectos adversos. Por lo tanto se recomienda también su uso en niños y adolescentes.

En todos los casos en la urgencia, en un paciente virgen de medicación, se recomienda utilizar la menor dosis terapéutica varias veces al día, para disminuir la aparición de efectos adversos. Luego, cuando la dosis terapéutica eficaz pueda ser establecida, la vida media de las drogas permitiría su utilización una o dos veces al día solamente.

Recomendaciones para el tratamiento de síntomas que puedan presentarse en el contexto de la asistencia a un paciente con ideación o tentativa de suicidio

1. Episodios de ansiedad graves o inabordables a la palabra. La droga de elección debe ser la benzodiacepina de vida media corta o media

a) Vía oral o sublingual:

- Droga de elección: lorazepam o clonazepam.

- El alprazolam no está indicado en primera línea, porque es una droga de mucha potencia y corta vida media, y puede producir mayor desinhibición y efecto rebote de los síntomas de ansiedad.

Diazepam: no está indicado en primera instancia (porque tiene una vida media muy larga).

b) Vía IM:

Lorazepam

Diazepam: no está indicado por su absorción errática.

2. Episodios de excitación psicomotriz.

Se seguirán los lineamientos habituales.

- Los Fármacos de elección (tanto si se utiliza la Vía Oral o Vía IM) son:

- Benzodiacepinas.

- Neurolépticos incisivos: antipsicóticos típicos o atípicos. También se pueden utilizar los Antihistamínicos o los Neurolépticos sedativos.

- Esquemas sugeridos para excitación psicomotriz (el esquema a utilizar en primera instancia dependerá del grado de excitación, de la presencia o no de síntomas psicóticos, y antecedentes de respuesta a los fármacos).

- Benzodiacepina sola

- Antipsicótico solo

- Antipsicótico + benzodiacepina

Indicación	60/90 minutos	60/90 minutos
Benzodiacepinas	Repetir dosis	Repetir dosis o pasar esquema 2 o 3
Antipsicóticos	Repetir dosis	Repetir dosis o pasar esquema 3
Antipsicóticos + Benzodiacepinas*	Repetir esquema	Repetir esquema o cambiar antipsicótico

*En caso de utilizar la combinación de haloperidol con lorazepam por la vía IM, se debe tener la precaución de aplicar las dos drogas en jeringas separadas ya que ambas drogas precipitan al entrar en contacto

Si la excitación es leve o moderada sin síntomas psicóticos se sugiere utilizar en primera línea benzodicepinas (lorazepam de preferencia), cuya dosis puede repetirse hasta tres veces. Si no se obtuviera resultado, o la excitación es grave o presenta síntomas psicóticos indicar antipsicóticos (haloperidol, Olanzapina, Risperidona, Quetiapina) o esquemas combinados (hay cierta evidencia que combinar un antipsicótico con benzodicepina tendría mejores respuestas que el antipsicótico solo en crisis graves)

Se debe tener especial recaudo al momento de implementar una terapéutica psicofarmacológica frente a la excitación psicomotriz producida por un síndrome confusional (por intoxicación, causas metabólicas traumatismos etc). En este caso además del tratamiento etiológico del síndrome confusional, se recomienda el uso de antipsicóticos incisivos (haloperidol) o Risperidona evitando el uso de sedativos y benzodicepinas que pueden aumentar el estado confusional del paciente

3. Episodio alucinatorio y/o delirante.

En el caso que la tentativa de suicidio suceda en el marco de un episodio psicótico se recomiendan en primera instancia los antipsicóticos atípicos vía oral (si se dispone de ellos) por el mejor perfil de efectos adversos en relación a los típicos. Si se presenta además excitación psicomotriz se utilizara en la urgencia los procedimientos recomendados en los ítems anteriores priorizando la utilización de antipsicóticos solos o combinados con benzodicepinas (esquemas 2 y 3)

4. En caso de que el paciente presente una intoxicación aguda de sustancias (drogas o alcohol) se seguirán las recomendaciones farmacológicas para esos casos.

En todos los casos si se utilizo haloperidol se sugiere luego de resuelta la urgencia continuar el tratamiento/ seguimiento (a mediano y largo plazo) reemplazando por atípicos en dosis equivalentes: Risperidona, Olanzapina. o Quetiapina.