

El paciente delirante

Fecha de la última revisión: **13/04/2012**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Situaciones urgentes en trastornos psicóticos](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo lo tratamos?](#)
5. [¿Derivación o seguimiento de estos pacientes?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Se trata de pacientes que precisan atención urgente por presentar ideas delirantes y/o alucinaciones como síntomas clave del síndrome psicótico agudo. Un elemento característico común de estos pacientes es la existencia, en mayor o menor medida, de una ruptura con la realidad que les rodea y la ausencia de capacidad autocrítica de las manifestaciones que le afectan.

- Las ideas delirantes son alteraciones del contenido del pensamiento, ideas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas: persecución, autorreferenciales, somáticas, religiosas o grandiosas. Las ideas delirantes pueden ser extrañas si son claramente improbables o incomprensibles y no se derivan de las experiencias corrientes de la vida (derivadas de robo o inserción de pensamiento, ideas de control...), criterio diagnóstico de psicosis esquizofrénica. O ideas delirantes no extrañas si se refieren a situaciones que es posible que se den en la vida real (ser perseguido, envenenado, infectado, engañado por el cónyuge...), característico de los trastornos delirantes. Sin embargo, esta diferenciación de rareza de la idea, puede resultar difícil de interpretar por las interferencias de las creencias culturales, religiosas o "mágicas" ancestrales.
- Las alucinaciones son percepciones sin objeto, sin estímulo externo que las originen e independientes de la voluntad del sujeto. Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial. Típicamente, en los cuadros psicóticos predominan las auditivas, frente a las visuales de los cuadros confusionales.

Situaciones urgentes en trastornos psicóticos

Los síntomas del trastorno psicótico y las consecuencias de su comportamiento van a ser los motivos de solicitud de atención urgente, bien en el domicilio del paciente o, en muchos casos con su traslado involuntario por familiares o fuerzas de seguridad, al centro de salud. Es posible que acudan por propia iniciativa como consecuencia del disconfort o la angustia derivados de su enfermedad, aunque sin crítica del origen de estos síntomas.

Formas de presentación

Las manifestaciones clínicas de presentación pueden ser cualquiera de las alteraciones psicopatológicas del trastorno psicótico, alteraciones afectivas, del sueño, cuadros de agitación y agresividad o, por el contrario, de inhibición psicomotriz. Sin olvidar las situaciones de riesgo por auto o heteroagresión, síntomas de angustia, quejas somatomorfas o alteraciones del comportamiento con desinhibición "escandalosa" o actos extravagantes en el entorno, que determinan en muchos casos que sean las fuerzas de seguridad las que requieran la atención médica.

Considerando el momento del curso evolutivo del trastorno y la necesidad de atención urgente, pueden presentarse como::

- Episodio agudo, como manifestación del primer episodio de la enfermedad.
- Episodio por descompensación aguda (brote) de un trastorno psicótico crónico y conocido.
- Los factores desencadenantes pueden ser:
 - Problemas de adhesión a la medicación pautaada o abandono. Es el motivo más frecuente.
 - Consumo de sustancias tóxicas.
 - Desencadenantes situacionales o psicosociales.
- Episodios secundarios a la psicosis crónica:
 - Pacientes crónicos activos con clínica resistente a los tratamientos.
 - Exacerbaciones por asociarse enfermedades orgánicas.
 - Demandas por problemas sociales.
 - Sintomatología secundaria a efectos adversos de la medicación, especialmente de los neurolépticos.

¿Cómo se diagnostica?

Los objetivos en la evaluación diagnóstica son:

- **Identificar la psicopatología diagnóstica del trastorno.** Los trastornos que incluimos dentro del síndrome delirante o psicótico agudo aparecen recogidos en la tabla 1 (según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR). Son las denominadas psicosis funcionales, primarias o endógenas, destacando la psicosis esquizofrénica y los trastornos delirantes. Los episodios maníacos de los trastornos bipolares considerados también en el grupo de las psicosis primarias aparecen en la tabla 3 dentro de los diagnósticos diferenciales.

Tabla 1. Trastornos psicóticos, según la clasificación DSM-IV-TR

- Esquizofrenia: alteración persistente, al menos 6 meses con síntomas (negativos o positivos) de la fase activa [dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos–aplanamiento afectivo, alogia (pobreza de habla) y abulia y otros asociados-]. Se incluyen los subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.
- Trastorno esquizofreniforme: varía respecto a esquizofrenia en la duración, entre 1 a 6 meses. No se requiere como criterio la existencia de deterioro funcional.

- Trastorno esquizoafectivo: se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.
- Trastorno delirante: se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia. Puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias, pero en relación con el tema delirante. No deterioro psicosocial ni del comportamiento salvo en lo referente al impacto que pueda tener la idea delirante. La alteración no es debida a sustancias o enfermedad médica.
- Trastorno psicótico breve: la alteración psicótica dura más de 1 día pero menos de 1 mes.
- Trastornos psicóticos no especificados: alteraciones que no cumplen los criterios específicos señalados o no existe información suficiente.

- **Identificar los síntomas conductuales abordables**, valorando los riesgos de organicidad, agitación, auto y heteroagresividad, o de las alteraciones por consumo de tóxicos. En la tabla 2 recogemos los síntomas y trastornos asociados a las psicosis, especialmente a la esquizofrenia, de mayor interés por su frecuencia y la necesidad de abordaje no demorable cuando se presentan en urgencias.

Tabla 2. Síntomas y trastornos de riesgo asociados a las psicosis

- Riesgo de suicidio:
 - Los pacientes esquizofrénicos presentan mayor riesgo de suicidio que la población general.
 - El 10% se suicidan, y entre el 20-40% llevan a cabo al menos un intento durante el curso de enfermedad.
 - Son factores de riesgo: sexo masculino, edad inferior a 45 años, asociación de síntomas depresivos, desempleo y alta reciente del hospital. Más riesgo en la fase postpsicótica, con depresión asociada o en momentos de escaso control de sus impulsos, situaciones en las que los intentos tienen un alto grado de letalidad.
 - En contra de lo que se cree, los suicidios como respuesta a alucinaciones o delirios son poco frecuentes.
- Agitación psicomotriz: es uno de los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes psicóticos. Asociado a angustia elevada y sentimientos de amenaza en el contexto delirante y alucinatorio del brote.
- Frecuencia más elevada de comorbilidad de los trastornos relacionados con consumo de sustancias que favorecen episodios de reagudización psicótica y estados de agitación psicomotriz.
- Conducta violenta:
 - La mayoría de pacientes esquizofrénicos no son más violentos o peligrosos socialmente que la población general.
 - Factores predictores de conducta violenta: sexo masculino, juventud, antecedentes de violencia, incumplimiento de medicación antipsicótica y la asociación de consumo excesivo de sustancias.
- Otros trastornos psiquiátricos asociados con más frecuencia que la población general, entre ellos los trastornos de angustia.
- Catatonía. No es síntoma patognomónico de la esquizofrenia, pero llega a constituir un subtipo. Son características las formas inhibidas que pueden llegar al negativismo extremo, rigidez muscular generalizada y flexibilidad cérea. Constituye indicación de hospitalización urgente y requiere tratamiento de terapia electroconvulsiva, por riesgo vital, en algunos casos.

- **Secuencia diagnóstica.** Hacemos hincapié en que la secuencia en las intervenciones tanto diagnósticas como terapéuticas en este tipo de pacientes y especialmente en el contexto de urgencias, van a venir supeditadas a la situación clínica que marcará realmente las prioridades. En este sentido, las alteraciones conductuales o cuadros con riesgo vital determinarán intervención terapéutica inmediata sin esperar a cumplir toda la secuencia completa de evaluación.

En atención primaria disponemos de los siguientes instrumentos básicos diagnósticos:

- *Historia clínica.* Nos basaremos en la observación, la información procedente de los familiares o acompañantes, la historia clínica previa del paciente y los datos de la anamnesis con el paciente que podamos obtener. Interesan especialmente sus antecedentes psiquiátricos, orgánicos y consumo de tóxicos, la existencia de episodios similares y los datos relativos al episodio actual: factores precipitantes, cronología de los acontecimientos y síntomas clínicos. Debemos recordar la importancia de las técnicas de entrevista clínica en el contexto de las urgencias psiquiátricas y especialmente con pacientes psicóticos. Destacamos la necesidad de proporcionar un clima empático, baja estimulación sensorial, marcando límites pero conteniendo la posible angustia inicial con una actitud de escucha y comprensión. No olvidar las medidas y pautas de actuación frente a las potenciales situaciones de riesgo [Ver guía **"El paciente agitado"**].
- *Examen del estado mental.* Con especial interés en la determinación del nivel y fluctuación de la conciencia. Exploración psicopatológica: memoria, afectividad, forma y contenido del pensamiento (incoherencia e ideas delirantes) y alteraciones sensoperceptivas.
- *Examen neurológico, físico y pruebas complementarias básicas.* Incluye la determinación de constantes vitales -temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial-, glucemia basal capilar y saturación de oxígeno mediante pulsioximetría

- **Diagnóstico diferencial.** Al establecer el diagnóstico diferencial habrá que tener en cuenta otros trastornos que pueden cursar con síntomas psicóticos como características asociadas, no prominentes, por el riesgo que alguno de ellos conllevan. Es el caso de las psicosis inducidas por sustancias, el delirium, los episodios maníacos o las demencias, que son las también denominadas psicosis secundarias u orgánicas (excepto los episodios maníacos encuadrados dentro de las psicosis primarias) (tabla 3).

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos

- **Trastorno psicótico inducido por sustancias:** los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.
- **Trastorno psicótico debido a enfermedad médica:** síntomas psicóticos como consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- **Delirium:** caracterizado por la alteración de la conciencia que se acompaña de alteraciones de las funciones cognitivas (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de alteración sensoperceptiva, que no se explican por la existencia de una demencia previa o en desarrollo. El cuadro se desarrolla en un breve período de tiempo, horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. Por la historia clínica, examen físico o pruebas complementarias se demuestra que el delirium se debe a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, consumo de medicamentos, exposición a tóxicos o una combinación de estos factores.
- **Demencia:** caracterizada por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Pueden deberse a enfermedad médica, inducida por sustancias, de etiologías múltiples o no especificada.
- **Episodio maniaco:** existe periodo diferenciado de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es preciso hospitalizar). Durante este periodo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosa, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora y/o implicación excesiva en actividades placenteras de posibles graves consecuencias. Se produce deterioro laboral o social o necesidad de hospitalización para prevenir daños o por presencia de síntomas psicóticos. Los síntomas no son debidos a efectos de sustancias ni enfermedad médica.

¿Cómo lo tratamos?

La secuencia de intervención vendrá dada por las prioridades que determine la situación clínica del paciente. Los objetivos que nos plantearemos en el manejo terapéutico de estos pacientes serán:

- Control de la actividad psicopatológica, para prevenir sus consecuencias.
- Control de la sintomatología conductual secundaria si ya está presente.
- Establecer la indicación de derivación pertinente a urgencias psiquiátricas o, en su caso, el seguimiento no hospitalario.

Control de las situaciones de riesgo de la psicosis aguda

Nos referimos al tratamiento de los trastornos conductuales secundarios al cuadro psicótico subyacente y las psicosis de causa orgánica, delirium y relacionadas con el consumo de sustancias, que pueden determinar un riesgo vital para el paciente o situaciones de auto o heteroagresividad.

Las pautas de actuación específicas vienen recogidas en las guías correspondientes [Ver guías [El paciente agitado](#) y [El paciente suicida](#)]. Recordaremos la importancia y prioridad que tienen las medidas de sostén y estabilización hemodinámica en las psicosis orgánicas [Ver guía [Paciente confuso](#)], así como las medidas de contención verbal, física y farmacológica necesarias en el control de la agitación y la agresividad que estos pacientes pueden presentar [en guía [El paciente agitado](#)].

En la fase aguda de la esquizofrenia son frecuentes las complicaciones depresivas con incremento de riesgo de autolisis. En estos casos la decisión terapéutica se reduce a la hospitalización o a la remisión a domicilio y seguimiento con tratamiento antidepresivo asociado y bajo supervisión de la familia (ver abordaje en guía [El paciente suicida](#)), elemento determinante para posibilitar esta decisión. Debemos tener en cuenta que, en la fase aguda, la presencia de síntomas depresivos plantea el diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoafectivo, los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos o el uso de sustancias. Además, los antidepresivos en esta fase pueden exacerbar los síntomas psicóticos. Por ello, es necesario establecer consistentemente el diagnóstico de episodio depresivo mayor, y especialmente si es grave, está indicado el uso de antidepresivos junto con los antipsicóticos.

Control específico de los síntomas de la psicosis aguda, psicosis no afectiva, fundamentalmente esquizofrenia y trastornos relacionados)

Los objetivos del tratamiento en urgencias de atención primaria serán:

- Controlar inicialmente los síntomas de la psicosis aguda y derivar en condiciones adecuadas al paciente a urgencias psiquiátricas.
- En los casos en los que las condiciones clínicas, antecedentes y apoyo sociofamiliar lo permitan, el objetivo será el seguimiento psiquiátrico no hospitalario, pautando la medicación, ajustándola o reiniciándola si existía abandono en su toma.

La estrategia terapéutica a seguir dependerá de:

- **Nivel de evidencia disponible y recomendaciones:**
 - Los neurolépticos son los fármacos que han demostrado mayor efectividad en el control de la psicopatología de la psicosis aguda [B].
 - En estos pacientes el tratamiento precoz es importante por asociarse a mejor respuesta a los antipsicóticos y mejor funcionamiento global posterior [B].
 - En situaciones de emergencias, en general, se recomienda evitar el uso, como primera elección, de antipsicóticos que, por sus efectos adversos, puedan afectar a la adhesión en el tratamiento continuado [D].
 - Las guías basadas en pruebas coinciden en recomendar los antipsicóticos de segunda generación de elección inicial, por menor riesgo de efectos extrapiramidales y discinesia tardía en la continuación del tratamiento [B].
 - Parece existir diferencias de efectividad sobre los síntomas y tasas de recaídas inter e intraclase, pero no están claramente establecidas.
 - Los antipsicóticos de segunda generación son, al menos, tan efectivos como los clásicos sobre los síntomas positivos; se sugiere (no consistentemente demostrado) mayor efectividad sobre los síntomas negativos y neurocognitivos y mejor tolerancia neurológica, aunque presentan mayor propensión a los efectos metabólicos.
 - Diversos ECAs independientes y algún metaanálisis no objetivan diferencias sustanciales en efectividad entre antipsicóticos, e incluso respecto a las tasas de abandono o a la calidad de vida de los pacientes.
 - Sin embargo, cuando la investigación se centra en primeros episodios psicóticos, se observa cierta ventaja a corto plazo en cuanto a efectividad y mejor tolerancia de los antipsicóticos de segunda generación frente a los de primera. Por tanto, en los pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda el uso de antipsicóticos de segunda generación [A].
 - **Risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulprida y aripiprazol** son los de primera elección [A]. Especialmente ante un paciente psicótico agitado en urgencias, **olanzapina** presenta una eficacia comparable a **haloperidol**, y puede ser de primera elección [C]. En esta situación, la dosis inicial recomendada es de 10 mg y se puede añadir una segunda dosis de 5-10 mg a las 2 horas, según necesidad. Dosis máxima diaria de 20 mg.
 - En general, en un primer episodio de psicosis, la dosificación debe ser iniciada en la mitad inferior del rango terapéutico [B]. Dosis bajas e incrementos paulatinos a intervalos espaciados si la respuesta es incompleta.
 - En el primer episodio de psicosis no afectiva, la relación beneficio/riesgo (aumento de peso, intolerancia a la glucosa u otras situaciones metabólicas) puede plantear un antipsicótico de primera generación como alternativa [D].
 - Los antipsicóticos de primera generación, como **clorpromazina** y **haloperidol**, son efectivos para reducir los síntomas positivos, que son los que habitualmente conducen al inicio del tratamiento [B]. Especialmente ante un paciente psicótico en estado de agitación en la atención urgente, **haloperidol** puede ser de elección por vía oral, si es posible, intramuscular o intravenosa [B]. De 2,5 a 15 mg administrados en las primeras 4 horas de tratamiento deben ser suficientes para el control del paciente; dosis más altas parecen no tener un beneficio adicional y sí más efectos adversos. En este contexto, la dosis máxima recomendada oral es de 30 mg/día e im de 18 mg/día. En la continuación del tratamiento no hay pruebas claras del beneficio de utilizar dosis superiores a 7,5 mg al día.
 - La administración intravenosa debería utilizarse excepcionalmente. En general, el uso de la vía parenteral aconseja el control de la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria de forma regular, especialmente con el paciente sedado [D].
 - La presencia asociada de malestar, insomnio o ansiedad se pueden tratar inicialmente con **benzodiacepinas** [C].
- Perfil del paciente y forma clínica de presentación:
 - Episodios agudos: interesan antipsicóticos y vía de administración con acción rápida, segura y con cierto efecto sedativo. En esta forma de presentación incluimos el primer episodio psicótico, que en muchos, como veremos, es indicación de ingreso hospitalario. Al alta, para asegurar el cumplimiento del tratamiento, es mejor prescribir una dosis única diaria del antipsicótico.
 - En pacientes con primeros episodios de psicosis no afectiva está recomendado, si existe el dispositivo, la intervención por equipos de atención temprana o programas multidisciplinarios.
 - Enfermos crónicos: corresponde a las reagudizaciones de psicóticos crónicos. Valoraremos los factores precipitantes (consumo de tóxicos, problemas psicosociales, abandonos de tratamientos de mantenimiento, secundarismos). Nos interesa conocer los tratamientos previos y su respuesta. Elegiremos

- los antipsicóticos que determinaron control del cuadro y aseguraremos su mantenimiento.
- En los pacientes que están recibiendo medicación antipsicótica de primera generación y persisten los síntomas positivos o negativos, o experimentan efectos adversos intolerables, se recomienda el cambio a antipsicóticos de segunda generación oral. Por el contrario, si se mantiene una respuesta adecuada y buena tolerancia, no está indicado su cambio.
- En sujetos sin respuesta al tratamiento (tras dos pruebas de fracaso con antipsicóticos, al menos uno de ellos de segunda generación), baja adhesión o riesgo persistente de suicidio (pese al tratamiento antidepresivo), se recomienda el uso de **clozapina**. También en pacientes con agresividad persistente. **Clozapina** precisa de controles hematológicos periódicos por riesgo potencial grave de agranulocitosis.
- No está indicado el uso combinado de antipsicóticos, excepto como último recurso o durante cortos periodos de transición de un cambio de medicación.
- Malos cumplidores con altas tasas de recaídas: además de lo referido, nos plantearemos formulaciones de neurolépticos depot como tratamiento. Están especialmente recomendados con recaídas frecuentes, graves y que implican riesgo para el paciente o para otros. Esta estrategia de intervención y los antipsicóticos recomendados pueden verse en el algoritmo de abordaje del paciente psicótico.

Control de los trastornos delirantes

La consistencia de las pruebas sobre la efectividad del tratamiento farmacológico es muy débil, aunque señala la indicación del uso de los antipsicóticos. En el caso de los delirios somáticos, se ha sugerido la mejor respuesta a **pimozida**. Así mismo, los menores efectos extrapiramidales de los antipsicóticos atípicos podrían aconsejar su uso por mejorar la adhesión al tratamiento, ya que es una de las principales causas de abandono. La respuesta al tratamiento se produce en casi el 50% de los sujetos. La respuesta puede no ser eficaz para reducir el delirio, pero en muchos casos ayuda al paciente a que mantenga un funcionamiento normalizado. Los pacientes con una temática delirante persecutoria, somática o erotomaníaca parecen presentar mejor pronóstico que los megalomaníacos o celotípicos.

Control del episodio maniaco

El abordaje va a depender de la gravedad de los síntomas y la toma previa de fármacos antimaníacos. El objetivo será el control de la conducta y prevenir sus consecuencias. En las formas graves va a requerir casi siempre ingreso hospitalario, en muchos casos contención mecánica y generalmente administración parenteral de la medicación, aunque si el paciente colabora utilizaremos la vía oral.

- Manía aguda grave, alteraciones conductuales peligrosas (riesgo de auto o heteroagresión), síntomas psicóticos o abuso de sustancias asociado:
 - Tratamiento combinado de **litio** o **valproato** y antipsicótico. Los antipsicóticos de primera línea son **olanzapina** (5-20 mg/día), **risperidona** (1-6 mg/día), **aripiprazol** (15-30 mg/día) y **haloperidol** (5-10 mg intramuscular inicial, continuación oral de 1,5 a 9 mg/día). Como alternativas, **quetiapina** y **ziprasidona**.
 - Si el paciente consume antidepresivos o sustancias inductoras de manía, deben suspenderse.
 - Si no se controlan las alteraciones conductuales o la agitación, puede asociarse una benzodiacepina (**lorazepam**), que se retirará al ir cediendo los síntomas.
- Manía aguda menos grave:
 - Recomendado el uso de monoterapia para reducir el riesgo potencial de efectos adversos. En sujetos con antecedentes de respuesta adecuada se recomiendan los eutimizantes de primera línea (**litio** o **valproato**). Con síntomas psicóticos o historia de formas graves usaremos los antipsicóticos atípicos. En España tienen la indicación aprobada: **olanzapina**, **quetiapina**, **aripiprazol**, **ziprasidona** y, como tratamiento concomitante, **risperidona**.
 - Recomendado iniciar el tratamiento en el rango terapéutico inferior y considerar en la elección del fármaco el perfil individual de seguridad.
 - Evitar valproato en mujeres en edad fértil. El litio es más lento en el inicio de acción, tiene un rango terapéutico estrecho y precisa de controles periódicos de litemia. Los antipsicóticos pueden originar, entre otros efectos adversos, somnolencia, aumento de peso, trastornos del movimiento, y en algunos casos, prolongación del intervalo QT.
- En pacientes con tratamiento de mantenimiento que presentan recurrencia:
 - Si usa antipsicótico, revisar la adhesión al tratamiento y ajustar dosis; si es necesario añadir, **litio** o **valproato**.
 - Si usa **litio**, revisar los niveles sanguíneos; si es necesario, añadir antipsicótico atípico.
 - Si usa **valproato**, revisar la adhesión al tratamiento y ajustar dosis; si es necesario, añadir antipsicótico atípico.
 - Pacientes resistentes al tratamiento, usar eutimizante de segunda línea (**carbamazepina** u **oxcarbazepina**), con fracaso de antipsicóticos de primera línea valorar el uso de **clozapina**. En última instancia puede valorarse la terapia electroconvulsiva, también en episodios graves en gestantes (utilización hospitalaria).
- Debemos tratar especialmente las alteraciones del sueño. Parece que el insomnio extremo actúa como desencadenante de un episodio de manía. Un hipnótico puede añadirse durante un breve periodo en el episodio agudo: **lorazepam** 5-10 mg, **clonazepam** 2-4 mg, **diazepam** 10-20 mg o **clorazepato** 15-50 mg.

Secundarismo por neurolépticos y su tratamiento

En la tabla 4 aparecen recogidos los efectos secundarios de la administración de los neurolépticos. Constituyen motivos de consulta frecuentes de los pacientes psicóticos en urgencias de atención primaria. Incluimos su tratamiento.

Tabla 4. Secundarismos por neurolépticos
- Distonías agudas: contracciones involuntarias musculares que determinan movimientos espasmódicos muy molestos para el paciente. Tratamiento con biperideno 2 mg tres veces al día oral o 2,5-5 mg im. - Acatisia: estado de inquietud y desasosiego con incapacidad para permanecer quieto, lo que puede llegar a provocar gran angustia y desencadenar alteraciones conductuales e incluso tentativas suicidas. Los síntomas pueden obligar a disminuir la dosis del antipsicótico y pueden aliviarse con propranolol a la dosis de 40-120 mg diarios o benzodiacepinas miorrelajantes. Ambos síntomas son más frecuentes con haloperidol, perfenazina, flufenazina, flupentixol y zuclopentixol. El resto de neurolépticos atípicos demuestran menos efectos extrapiramidales que los clásicos. - Distonías crónicas: se presentan en pacientes que han estado en tratamiento con neurolépticos clásicos largo tiempo y a dosis altas. Paradójicamente, empeoran al suspenderlos bruscamente. También empeoran con los anticolinérgicos. La edad avanzada es un factor de riesgo. En las formas graves, el antipsicótico de elección es la clozapina.

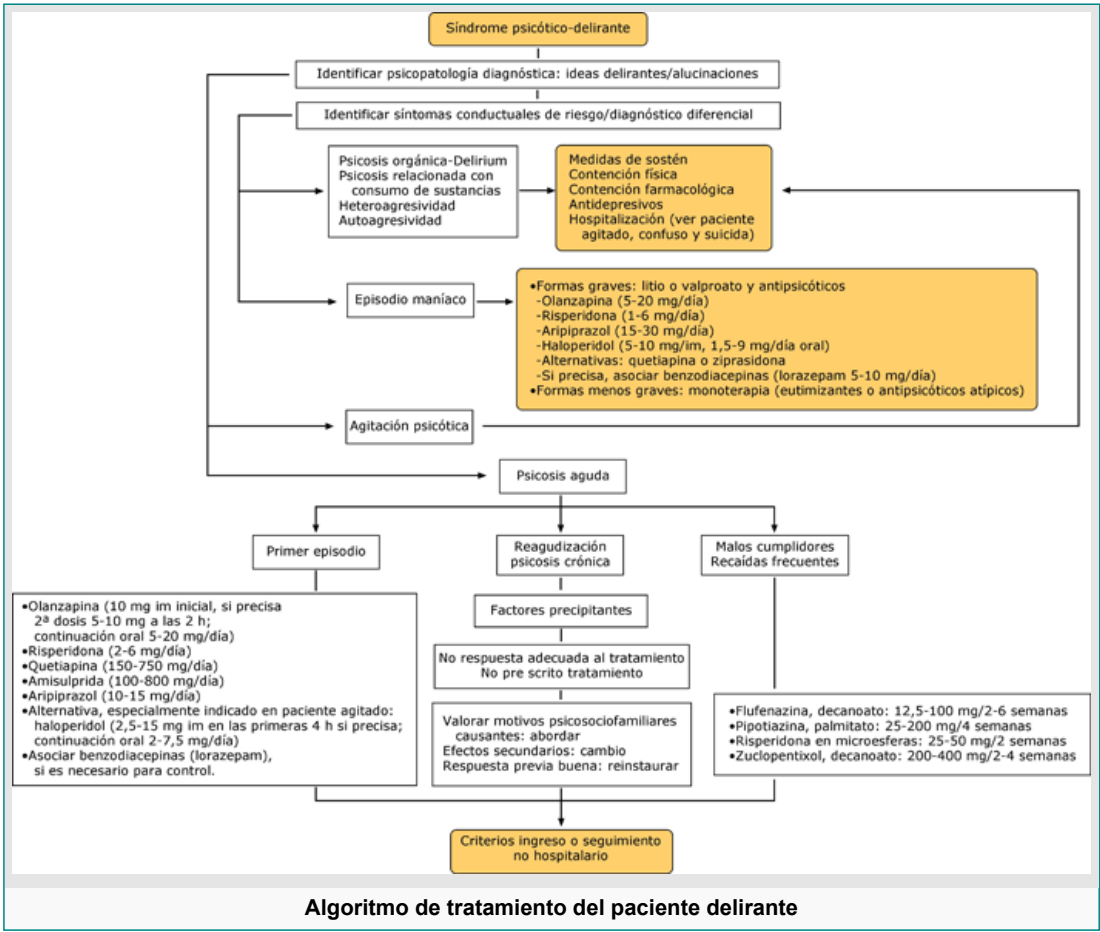
- Síndrome anticolinérgico: secundario a neurolépticos sedativos. Caracterizado por confusión, irritabilidad y delirium. Más frecuente en edades avanzadas.
- Otros: miocarditis, cardiomiopatías y agranulocitosis con **clozapina**. Epileptógenos son especialmente la **clozapina** y la **clorpromazina**. Sedación excesiva o hipotensión ortostática.
- Síndrome neuroléptico maligno: es una grave complicación que puede derivarse del tratamiento con cualquier neuroléptico. Su incidencia se estima entre un 0,2-2,5%. Presenta un desarrollo rápido con exposición previa del fármaco variable en el tiempo. Manifestaciones clínicas: síntomas extrapiramidales graves como discinesias o hipertonía muscular grave en "tubo de plomo"; agitación intensa; síntomas de disfunción autonómica: sudoración, taquicardia, fiebre; y alteración nivel de conciencia. Complicaciones graves son: rabdomiólisis, fallo renal, CID e insuficiencia respiratoria. Alta mortalidad del 20-30% en las formas graves. Tratamiento: suprimir el antipsicótico, administración de fluidos y control de la función renal, control de la temperatura con antipiréticos, asistencia respiratoria si precisa, administrar agonistas dopaminérgicos como **bromocriptina** o dantrolene. Terapia electroconvulsiva ante síntomas catatónicos.

¿Derivación o seguimiento de estos pacientes?

De modo general, todo paciente tratado en urgencias por un cuadro de psicosis aguda debe ser valorado por un servicio de psiquiatría.

- Criterios para derivación al servicio de urgencias psiquiátricas:
 - El paciente agitado con elevado riesgo de auto o heteroagresividad.
 - Actividad psicótica intensa que genera importantes alteraciones conductuales.
 - Ausencia de apoyo sociofamiliar y psicosocial.
 - Dudoso cumplimiento del tratamiento, fracaso terapéutico o necesidad de medidas terapéuticas hospitalarias.
 - Primer episodio psicótico, o necesidad de confirmación diagnóstica.
- La derivación a urgencias de un hospital vendrá determinada por la presencia de cuadros de delirium y relacionados con consumo de sustancias no controlables desde atención primaria.
- Criterios para seguimiento en consultas de salud mental o atención primaria:
 - Control de síntomas en urgencias.
 - Existencia de apoyo sociofamiliar.
 - Ausencia de comorbilidad por consumo de tóxicos.
 - Ausencia de riesgo de auto-heteroagresividad.
 - Antecedentes de buena adhesión al tratamiento.
 - Antecedentes de buena respuesta al tratamiento en episodios previos.
 - Existencia de dispositivo asistencial que permita el seguimiento e intervención precoz.

No debemos olvidar la necesidad de adecuación de los medios de transporte para el traslado de los pacientes psiquiátricos y la capacidad del médico de atención primaria para indicar los traslados y valorar los ingresos involuntarios.



Bibliografía

- American Psychiatric Association. APA Guideline Watch (September 2009) [Internet]. Practice Guideline for the Treatment of Patientswith Schizophrenia (2009) [acceso 11/02/2012].Disponible en: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=501001>

APA Practice Guideline Development Process [Internet]. Arlington, VA (US): The American Psychiatric Association (APA); 2004 [acceso 11/02/2012]. Disponible en: http://www.psych.org/Departments/QIPS/Downloads/appendix_development_process_04-28-06.aspx

- Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 11. Art. No.: CD006633. DOI: 10.1002/14651858.CD006633. [Texto completo](#)
- Barbui C, Saraceno B, Liberati A, Garattini S. Low-dose neuroleptic therapy and relapse in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Psychiatry. 1996;11(6):306-13. PubMed [PMID: 19698471](#)
- Bhattacharjee Jayanti, El-Sayeh Hany George G. Aripiprazol versus antipsicóticos típicos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).CD006617. [Texto completo](#)
- Bollini P, Pampallona S, Orza MJ, Adams ME, Chalmers TC. Antipsychotic drugs: is more worse? A meta-analysis of the published randomized control trials. Psychol Med. 1994;24(2):307-16. PubMed [PMID: 7916157](#)
- Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry. 2005;50(13 Suppl 1):7S-57S. PubMed [PMID: 16529334](#)
- Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.; 2004. ISBN 13: 978-84-9706-068-4
- Chinchilla Moreno A. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2004. ISBN 13: 978-84-458-2024-7
- Chunbo Li, Jun Xia, Jijun Wang. Dosis de risperidona para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD007474. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- Cipriani A, Rendell JM, Geddes JR. Haloperidol solo o combinado para la manía aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).CD004362. [Texto completo](#)
- de Oliveira IR, Miranda-Scippa AM, de Sena EP, Pereira EL, Ribeiro MG, de Castro-e-Silva E, et al. Risperidone versus haloperidol in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis comparing their efficacy and safety. J Clin Pharm Ther. 1996;21(5):349-58. PubMed [PMID: 9119918](#)
- Duggan L, Fenton M, Rathbone J, Dardennes R, El-Dosoky A, Indran S. Olanzapina para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001359. [Texto completo](#)
- Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J. Clozapina versus fármacos neurolepticos típicos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD000059. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- Fenton M, Rathbone J, Reilly J, Sultana A. Tioridazina para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001944. [Texto completo](#)
- Gibson RC, Fenton M, Coutinho ESF, Campbell C. Acetato de zuclopentixol para la esquizofrenia aguda y enfermedades mentales graves similares (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).CD000525. [Texto completo](#)
- Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A. Risperidona versus otros medicamentos antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD002306. [Texto completo](#)
- Gillies D, Beck A, McCloud A, Rathbone J. Benzodiazepinas solas o en combinación con antipsicóticos para la psicosis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD003079. [Texto completo](#)
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2. [Texto completo](#)
- Heikki Rytala. Drugs used in psychiatric emergencies. Duodecim Medical Publications Ltd.; 2004.
- Hunter RH, Joy CB, Kennedy E, Gilbody SM, Song F. Risperidona versus fármacos antipsicóticos típicos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000440. [Texto completo](#)
- Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). Arch Gen Psychiatry. 2006;63(10):1079-87. PubMed [PMID: 17015810](#) [Texto completo](#)
- Keefe RS, Bilder RM, Davis SM, Harvey PD, Palmer BW, Gold JM, et al.; CATIE Investigators; Neurocognitive Working Group. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(6):633-47. PubMed [PMID: 17548746](#)
- Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss SS, Magder LS, Kreyenbuhl J, et al. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. BMJ. 2002;325(7358):243. PubMed [PMID: 12153919](#) [Texto completo](#)
- Leucht C, Kitzmantel M, Chua L, Kane J, Leucht S. Haloperidol versus clorpromazina para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD004278. [Texto completo](#)
- Leucht S, Corves C, Arbtter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet. 2009;373(9657):31-41. PubMed [PMID: 19058842](#)
- Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr Res. 1999;35(1):51-68. PubMed [PMID: 9988841](#)
- Lewis S, Lieberman J. CATIE and CUtLASS: can we handle the truth? Br J Psychiatry. 2008 Mar;192(3):161-3. PubMed [PMID: 18310570](#) [Texto completo](#)
- Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, et al.; HGDH Study Group. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. Am J Psychiatry. 2003;160(8):1396-404. PubMed [PMID: 12900300](#) [Texto completo](#)
- Malhi GS, Adams D, Berk M. The pharmacological treatment of bipolar disorder in primary care. Med J Aust. 2010;193(4 Suppl):S24-30. PubMed [PMID: 20712557](#) [Texto completo](#)
- Management of Bipolar Disorder Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2010 May. 176 p. [Texto completo](#)
- Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. Can J Psychiatry. 2006;51(2):114-9. PubMed [PMID: 16989110](#)
- McEvoy JP, Lieberman JA, Perkins DO, Hamer RM, Gu H, Lazarus A, et al. Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1050-60. PubMed [PMID: 17606657](#) [Texto completo](#)
- McIntosh A, Lawrie S. Schizophrenia. Clin Evid. 2004;(12):1502-33. PubMed [PMID: 15865730](#)
- Moore TA, Covell NH, Essock SM, Miller AL. Real-world antipsychotic treatment practices. Psychiatr Clin North Am. 2007;30(3):401-16. PubMed [PMID: 17720029](#)
- Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry. 1995;40(10):616-22. PubMed [PMID: 8681259](#)

• National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. London (United Kingdom): The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. National Institut for Clinical Excellence; 2009. NICE clinical guideline 82. [Texto completo](#)

• National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care [Internet]. Clinical Guideline 38. London: National Health Service, 2006 [acceso 11/02/2012]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG38>

• Opjordsmoen S, Melle I, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, et al.Stability of medication in early psychosis: a comparison between second-generation and low-dose first-generation antipsychotics. Early Interv Psychiatry. 2009;3(1):58-65. PubMed [PMID: 21352176](#)

• Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(1-2):1-30.PubMed [PMID: 15660702](#)

• Sáiz J, Montes JM. Trastornos delirantes. Medicine. 2003;8(107):5736-9.

• Scherk H, Pajonk FG, Leucht S. Second-generation antipsychotic agents in the treatment of acute mania: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(4):442-55. PubMed [PMID: 17404121](#) [Texto completo](#)

• Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M, Emsley R, Harvey PD, Kopala L, et al.; Early Psychosis Global Working Group.Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. Am J Psychiatry. 2005;162(5):947-53. PubMed [PMID: 15863797](#) [Texto completo](#)

• Thornley B, Rathbone J, Adams CE, Awad G. Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD000284. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2007;(2):CD000284. PubMed [PMID: 12804394](#)

• Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody S. Newer atypical antipsychotic medication in comparison to clozapine: a systematic review of randomized trials. Schizophr Res. 2002;56(1-2):1-10. PubMed [PMID: 12084413](#)

• Waraich PS, Adams CE, Roque M, Hamill KM, Marti J. Dosis de haloperidol para la fase aguda de la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001951. [Texto completo](#)

Más en la red

Psychotic Disorders en MEDLINE. [Buscar](#)

Leucht S et al. Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol. 2011 Mar;14(2):269-84. PubMed [PMID: 21208500](#)

Marshall M et al. Early intervention for psychosis. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6):CD004718. Review. PubMed [PMID: 21678345](#)

Rathod S et al. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 2010 Sep;33(3):527-36. PubMed [PMID: 20599131](#)

Autores

Juan Manuel Téllez Lapeira	Especialista en MFyC. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC (1)
Alejandro Villena Ferrer	Especialista en MFyC (1)
Susana Morena Rayo	Especialista en MFyC (2)
Pablo Pascual Pascual	Especialista en MFyC. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC (3)
Carmen López García	Especialista en MFyC (1)

(1) Centro de Salud Zona V-B Albacete. España.
(2) Centro de Salud de Hellín 2. Albacete. España.
(3) Centro de Salud Rochapea. Pamplona. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

