



ASCOFAME



Cuaderno Número 33, Año 4, 1998 - Santafé de Bogotá

CONTENIDO

Urgencias Psiquiátricas

**Discusión caso clínico
Cuaderno 32**

**Intoxicación por
cáusticos**

**Cardiopatías Congénitas
en niños**

**Formulario
de actualización**

Mensaje Editorial

En ésta entrega presentamos tres temas que son de suma importancia en la práctica médica: El manejo de las Urgencias Psiquiátricas, las Intoxicaciones por Cáusticos y las Cardiopatías Congénitas en Niños.

El primer tema señala las acciones que debe adelantar el médico ante un paciente que se presenta agitado, agresivo, deprimido y con inminencia de intento de suicidio, su manejo desde el punto de vista de la urgencia y el soporte posterior, lo cual constituye motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. Se señalan igualmente algunos aspectos importantes de farmacotoxicología en relación con medicamentos psicotrópicos.

El tema de Intoxicaciones por Cáusticos presenta de manera concreta la forma de abordar la urgencia ocasionada principalmente por ingestión de ácidos o álcalis y los criterios de remisión en ambos casos.

Finalmente en relación con el tema de Cardiopatías Congénitas en Niños se presenta de manera concisa los aspectos más relevantes que deben orientar al médico general en la búsqueda de éste tipo de patología, las cuales son más frecuentes de lo que quisiéramos y requieren del interés del clínico para su detección, los cuales con un diagnóstico precoz pueden desarrollar un vida normal.

Quiero insistir nuestros lectores sobre la importancia de actualizar su información en el formulario que se anexa. Esto es fundamental para continuar siendo beneficiarios de nuestro Programa de Actualización Médica Permanente.

Dr. Ricardo H. Escobar Gaviria
Jefe División de Salud y Seguridad Social
ASCOFAME

URGENCIAS PSIQUIATRICAS

AUTORES DE LA GUIA

Dr. CARLOS ENRIQUE CLIMENT L.
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle
Coordinador Guía de Práctica Clínica

Dr. EDUARDO CASTRILLON MUÑOZ
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. CARLOS ALBERTO MIRANDA
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. CESAR HERNANDO GONZALEZ C.
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. SEVERO ALBERTO CONDE R.
Profesor, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Salud, Universidad del Valle

Dr. FRANCISCO TORRES
Departamento de Psiquiatría
Clínica Rafael Uribe Uribe,
Instituto de Seguros Sociales – Cali

ASESORES

Dr. HECTOR RAUL ECHAVARRIA
Decano Facultad de Salud
Universidad del Valle
Decano Coordinador

Dra. KATHY SANDERS
Jefe de Psiquiatría de Urgencias
Massachusetts General Hospital,
Boston, Estados Unidos
Asesora Internacional

Paciente agitado violento

Un paciente agitado –violento se presenta en forma amenazante o con una historia de haber cometido un acto violento o agresivo.

Manejo

La seguridad es un aspecto vital; de otra manera el paciente puede hacerse daño o herir a otras personas..

- I. El primer paso es determinar si el ambiente donde se va a realizar la entrevista ofrece todas las condiciones; ese ambiente debe garantizar tanto la seguridad del paciente como la del personal médico.
 - a. El lugar de la entrevista debe ser un consultorio abierto con una salida accesible al entrevistador.

- b. El paciente no puede estar armando.
- c. Personal médico debidamente entrenado, debe estar cerca para auxiliar al entrevistador en caso de que el paciente se des controle.

II. Inicio de la interacción con el paciente

El entrevistador:

- a. No hace juicios.
- b. Se presenta con una actitud tranquila
- c. Manifiesta al paciente su deseo de ayudarlo
- d. Le asegura la confidencialidad de la interacción
- e. Ofrece agua, café o un tranquilizante; eso puede ayudar a disminuir la tensión

durante la entrevista.

- f. Trasmite al paciente los límites requeridos acerca del comportamiento. P. Ej. Sin amenazar, señala el tipo de comportamientos que no serán tolerados. Es importante recordar que la mayoría de los pacientes agitados - violentos temen perder el control de sus actos; si el entrevistador es capaz de poner límites a los actos agresivos del paciente, él se sentirá más en control y por lo tanto más tranquilo.

III. Restricción física, protocolo.

Si el proceso de agitación aumenta, o el paciente no colabora; o el comportamiento se vuelve incontrolable, la restricción física se hace indispensable.

La restricción física es el acto mediante el cual un equipo clínico entrenado domina físicamente e inmoviliza a un paciente agitado. Cada institución debe contar con un equipo de restricción física entrenado, y una capacidad probada para llevar a cabo en forma segura este procedimiento.

- a. Se identifica y designa un líder del equipo, esta persona será la encargada de dirigir todo el proceso.
- b. El equipo consta, además de una persona que se asignará para sujetar cada extremidad del paciente; si el paciente es muy fuerte, se hará necesaria la presencia de un número mayor de personas.
- c. Todos los miembros del equipo estarán presentes en cada oportunidad que así lo requiera; y lo harán desde el inicio del proceso, hasta que el paciente esté bajo control.
- d. La sola presencia del equipo, puede calmar al paciente lo suficiente como para hacerlo colaborar.
- e. Una vez que se ha tomado la determinación de realizar este procedimiento se inicia una acción decidida, rápida y coordinada bajo

la dirección del líder.

1. Se le da al paciente una explicación clara sobre su comportamiento, se le explica que está fuera de control y por lo tanto requiere ser controlado para evitar que se haga daño o haga daño a otras personas.
2. A partir de este momento, no hay más discusiones, ni negociaciones con el paciente.
3. El equipo rodea al paciente en tal forma que cada uno de los miembros asignados tenga acceso a la extremidad que se va a inmovilizar.
4. El líder del grupo señala el momento de iniciar la acción y cada miembro del equipo comienza el proceso de restricción física sujetando y controlando la extremidad asignada.
5. El paciente es colocado con la cara hacia el suelo de tal forma que no se haga daño, ni tenga la posibilidad de morder a nadie.
6. Una vez asegurado, se usan sábanas o correas de inmovilización y se procede a trasladar al paciente a un lugar seguro (camilla o cama).
7. Cada extremidad se asegura mecánicamente a la camilla. En algunas ocasiones, una sábana se puede utilizar alrededor del tórax del paciente para evitar movimientos que podrían causar lesiones.
8. Si solamente dos extremidades se inmovilizan, siempre existe la posibilidad de herirse la extremidad libre; nunca se sujetan ambas piernas o ambas manos; o una mano o una pierna del mismo lado del cuerpo. Se deben sujetar siempre las cuatro extremidades.
9. Una vez que el paciente está inmovilizado en su camilla, se hacen revisiones periódicas para asegurar una posición relativamente cómoda y funcional y una adecuada circulación sanguínea en las extremidades.

IV. Sedación rápida, protocolo

Adultos

Usar Haloperidol 5 a 10 mg.I.M.

Presentación: ampollas 1 cc = 5mgrs. con una sola de las benzodiacepinas (también I.M.).

La selección de una de las benzodiacepinas se realiza en el siguiente orden de preferencia de acuerdo a la disponibilidad :

1. Lorazepan 1 mg.
presentación: Ampollas 1 cc = 1 mg.
2. Midazolam 5 mg.
presentación: Ampollas 3 cc =15 mg.
3. Diazepan 5 - 10 mg.
presentación: Ampollas 2 cc = 10 mg.

a. El Haloperidol puede ser utilizado en la

misma jeringa que el Lorazepan o el Midazolam. Pero el Diazepam no se mezcla en la misma jeringa.

- b. Si una inyección no es suficiente para tranquilizar al paciente, una dosis adicional de Haloperidol, puede ser suministrada 30 minutos más tarde. La mayoría de los pacientes agitados se tranquilizan con la primera dosis combinada: Haloperidol más benzodiacepina.
- c. La segunda dosis de Lorazepan no se debe considerar antes de las 6 horas de la primera dosis. La segunda dosis del Midazolam o el Diazepam no se recomienda antes de las 4 horas de la primera dosis.
- d. Si las dos primeras dosis aplicadas no son suficientes, la medicación adicional debe ser manejada bajo la dirección de un psiquiatra; por lo tanto el paciente debe referirse a una institución especializada.

Síndrome depresivo

El Síndrome depresivo, es uno de los problemas de más común ocurrencia en la consulta al médico general.

Síntomas clínicos

Este trastorno del estado de ánimo está caracterizado generalmente por tristeza, sensación subjetiva de gran malestar, pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse en las labores cotidianas, alteraciones de las funciones vegetativas (sueño, apetito, actividad sexual), pensamientos de muerte o de suicidio (ver suicidio).

A veces los síntomas depresivos van acompañados de delirios o alucinaciones, congruentes con su estado de ánimo (culpa, pecado, inutilidad, fracaso, pobreza, etc.) en este caso hablamos de la depresión psicótica.

En la vejez es más común que en la población general y en la consulta médica general se presenta con muchas quejas somáticas. El riesgo suicida por depresión, en este grupo es alto.

Como un trastorno adaptativo, los síntomas aparecen en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés. Puede ser desencadenado por un duelo, por un divorcio, una catástrofe económica, o una relación familiar problemática.

TRATAMIENTO

Psicoterapia: La aproximación terapéutica inicial es de vital importancia en el paciente con depresión. No criticar al paciente ni inducirlo a "poner de su parte", como si la depresión fuera un evento voluntario o propio de su debilidad.

Farmacoterapia: Tener en cuenta que algunos pacientes no responden al primer tratamiento. Todos los antidepresivos tardan de 3 a 4 semanas en producir mejoría significativa.

La farmacoterapia combinada con psicoterapia es el tratamiento más efectivo.

Hospitalización: Se debe evaluar el riesgo de suicidio u homicidio; incapacidad del paciente de realizar cuidados mínimos (alimentación, aseo, etc.); síntomas que progresen rápidamente; poco apoyo familiar.

Elección del fármaco

Buena respuesta previa a un fármaco en particular. Si no hay esta información o es un primer episodio, la elección debe basarse fundamentalmente en la experiencia y conocimiento clínico del médico.

Generalmente se recomienda empezar con un Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (I.S.R.S.) porque son más seguros y tienen pocos efectos colaterales, aunque son más costosos.

Dosis

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Fluoxetina: La mayoría responde a 20 mg/día, en ocasiones puede ser necesario dosificar hasta 40 – 60 mg diarios.

Sertralina: 50 – 150 mg. Actúa más rápido que la fluoxetina.

Tricíclicos y tetracíclicos

Imipramina, amitriptilina, maprotilina, trimipramina.

La dosis recomendada de los fármacos anteriores es de 75 – 150 mg, empezar con 25

mg/día y aumentar cada tercer día según respuesta.

En la depresión psicótica es necesario el uso de un antidepresivo más un antipsicótico.

Consideraciones finales

Error frecuente: Dosis bajas durante periodos cortos.

El tratamiento antidepresivo debe durar por lo menos 6 meses.

La educación adecuada al paciente al respecto del uso de los antidepresivos es fundamental para garantizar el éxito terapéutico.

PACIENTE CON INTENTO SUICIDA

El intento suicida es una entidad que se presenta con frecuencia en los servicios de urgencias. Se requiere una buena evaluación del riesgo y una intervención adecuada para evitar la repetición del intento y para ofrecer al paciente la medida terapéutica más eficaz.

El conocer los factores de riesgo es muy útil para el manejo apropiado.

FACTORES DE RIESGO

A. INDICADORES DE ALTO RIESGO

1. Estados desesperados (Estados de angustia severa, trastorno de pánico, o el paciente expresa “no puedo más”).
2. Alto grado de desesperanza, tristeza, soledad o diagnóstico clínico de depresión mayor.
3. Comunicación del intento a otras personas.
4. Modificación de una condición clínica (empeoramiento).
5. Disolución de relación amorosa o pérdida significativa reciente.
6. Intoxicación con alcohol o con drogas

7. Iniciación o interrupción de medicación psicotrópica.
8. Mejoría repentina de un estado de ánimo deprimido.
9. Cuadros psicóticos en especial cuando se acompañan con alucinaciones de comando.
10. Intentos previos (a mayor severidad mayor riesgo).
11. Familias caóticas

B. INDICADORES, DEMOGRAFICOS.

1. EDAD: Adolescentes y adultos jóvenes. Aumento de incidencia en niños y adolescentes.
2. SEXO: Más frecuente en mujeres en una

- proporción de 3:1
3. ESTADO CIVIL: Más frecuente en viudos, separados y personas solas.
 4. OCUPACION: Desempleados y empleados no calificados tienen mayor riesgo.

C. OTROS INDICADORES

1. Historia familiar de suicidio
2. Homosexualidad asociada a problemática HIV/SIDA
3. Familias inestables
4. Abuso o precocidad sexual
5. Pérdidas escolares
6. Reto o desafío
7. "Epidemia de suicidios"

Tratamiento del intento suicida

A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Ver guía AGITACION-VIOLENCIA

Si el paciente suicida está psicótico, se utilizará la guía de agitación/violencia en idéntica forma. Si el paciente no está psicótico, utilizar solo benzodiacepinas.

B. METODOS GENERALES:

Se deben evaluar a fin de prevenir intentos suicidas, a los siguientes pacientes:

1. Sobrevivientes de intentos previos.
2. Quienes verbalicen ideas o pensamientos suicidas.
3. Quienes presenten comportamientos indicativos de intenciones suicidas.
4. Quienes transmiten desesperación o desamparo.
5. Aquellos con antecedentes de injurias o accidentes frecuentes.
6. Intoxicados.

7. Quienes repentinamente muestren mejoría en su estado de ánimo.

RECUERDE: TODOS LOS INTENTOS O AMENAZAS DE SUICIDIO DEBEN SER TOMADOS SERIAMENTE.

C. TÉCNICAS DE ENTREVISTA

1. Garantizar privacidad.
2. No se debe tener miedo de interrogar a los pacientes sobre pensamientos o conductas suicidas.
3. Ofrecer ayuda de manera empática y no crítica.

D. TRATAMIENTO POSTERIOR AL INTENTO

1. Garantizar seguridad física.
2. Atención de complicaciones médicas.
3. Valorar severidad y probabilidad de repetición

4. Investigar situación vital.
5. Realización de historia clínica completa
6. Descartar psicosis
7. Decidir manejo definitivo (ver flujograma de decisiones).

E. CRITERIOS PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO

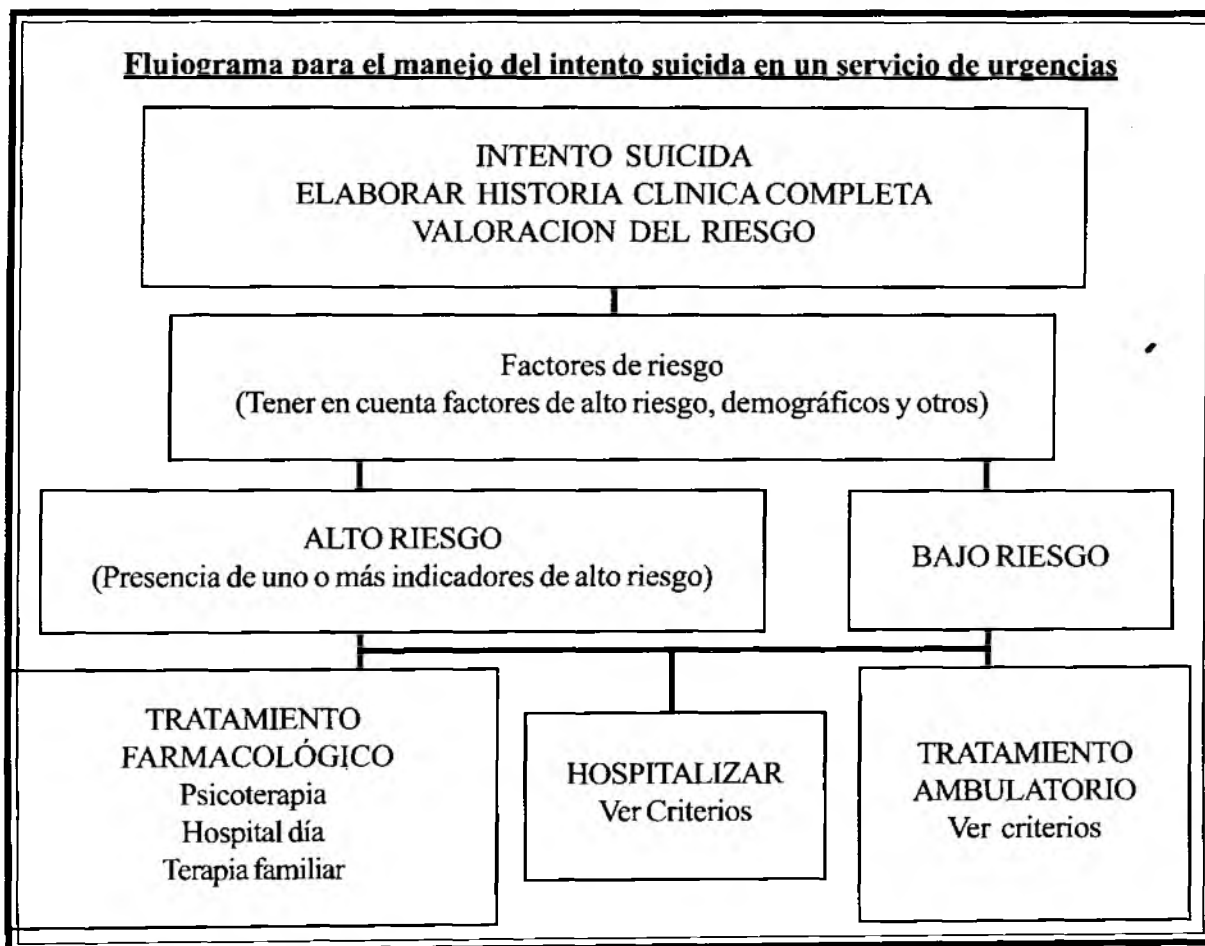
1. Ausencia de síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones)
2. Bajo nivel de ansiedad o perturbación anímica
3. Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente.
4. Deseo expreso del paciente de iniciar tratamiento ambulatorio
5. Ausencia de un plan suicida por parte del paciente

F. RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Nunca expedir fórmulas médicas de antidepresivos tricíclicos en pacientes con riesgo suicida, en cantidades que puedan ser letales.
2. Mantener el contacto con el paciente a través de la familia o de un servicio externo de psiquiatría

G. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION EN UNIDADES MENTALES O EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS.

1. Riesgo suicida persistente.
2. Ancianos debilitados y pacientes con enfermedades crónicas
3. Pacientes con diagnóstico de depresión mayor.
4. Pacientes psicóticos que han hecho un intento
5. Adolescentes y niños
6. Pobre apoyo social y familiar



Crisis o ataques de angustia (ansiedad)

DEFINICIÓN

Una crisis o ataque de angustia o ansiedad, es un cuadro severo de comienzo brusco y espontáneo, de breve duración y de carácter episódico, en el cual el síntoma básico es una aprehensión y un temor intolerable, no relacionados con un evento identificable.

SINTOMAS DE LOS ATAQUES DE ANGUSTIA

Palpitaciones	Dificultad respiratoria
Mareos	Ahogos
Escalofríos	Debilidad
Cefalea	Dolor torácico
Desmayo	Temblor
Sudoración	Miedo a morir

OTROS SINTOMAS PRESENTADOS CON MENOR FRECUENCIA

Despersonalización
Desrealización
Parestesias
Náuseas y trastornos gastrointestinales
Hiperventilación

TRASTORNOS ORGÁNICOS QUE PUEDEN SIMULAR ATAQUES DE ANGUSTIA

Hipertiroidismo
Hipoparatiroidismo
Hipoglicemia
Feocromocitoma
Profiria aguda
Epilepsia lóbulo temporal
Abstinencia de alcohol, opiáceos y barbitúricos
Angina de pecho

Accidentes cerebro - vasculares
Embolia pulmonar
Intoxicación por psicotrópicos

EVALUACIÓN EN EL MOMENTO DE LA URGENCIA

1. Establecer si los síntomas del paciente corresponden a una crisis de angustia, si son manifestaciones de una ansiedad anticipatoria, ansiedad flotante, o son temores fóbicos u obsesiones.
2. Descartar causas médicas (Historia clínica y examen físico)
3. Realizar exámenes de laboratorio si la condición clínica lo amerita.
4. Establecer diagnóstico psiquiátrico en base a los síntomas presentados y en el diagnóstico diferencial, puesto que puede corresponder a un trastorno por angustia u otro trastorno psiquiátrico con angustia secundaria.

TRATAMIENTO DE URGENCIA PARA CRISIS DE ANGUSTIA

OBJETIVO: Disminuir rápidamente niveles de angustia.

1. Intentar medidas de apoyo y conductuales (relajación, meditación, incrementar la confianza del paciente en sí mismo), antes de dar medicación ansiolítica.
2. Si no son suficientes:
 - a. Informar al paciente sobre su condición clínica.
 - b. Colocar bolsas de papel sobre nariz y boca del paciente para que respire lentamente y disminuya la hiperventilación.
 - c. Utilizar técnicas de relajación: (Tiene por finalidad ayudar al paciente a aprender la

sensación de profunda relajación y a tomar conciencia de sus sensaciones a medida que tensan y relajan diversos grupos musculares en forma secuencial).

d. Medicación ansiolítica.

e. Instaurar tratamiento definitivo para el trastorno básico (Ver flujograma A)

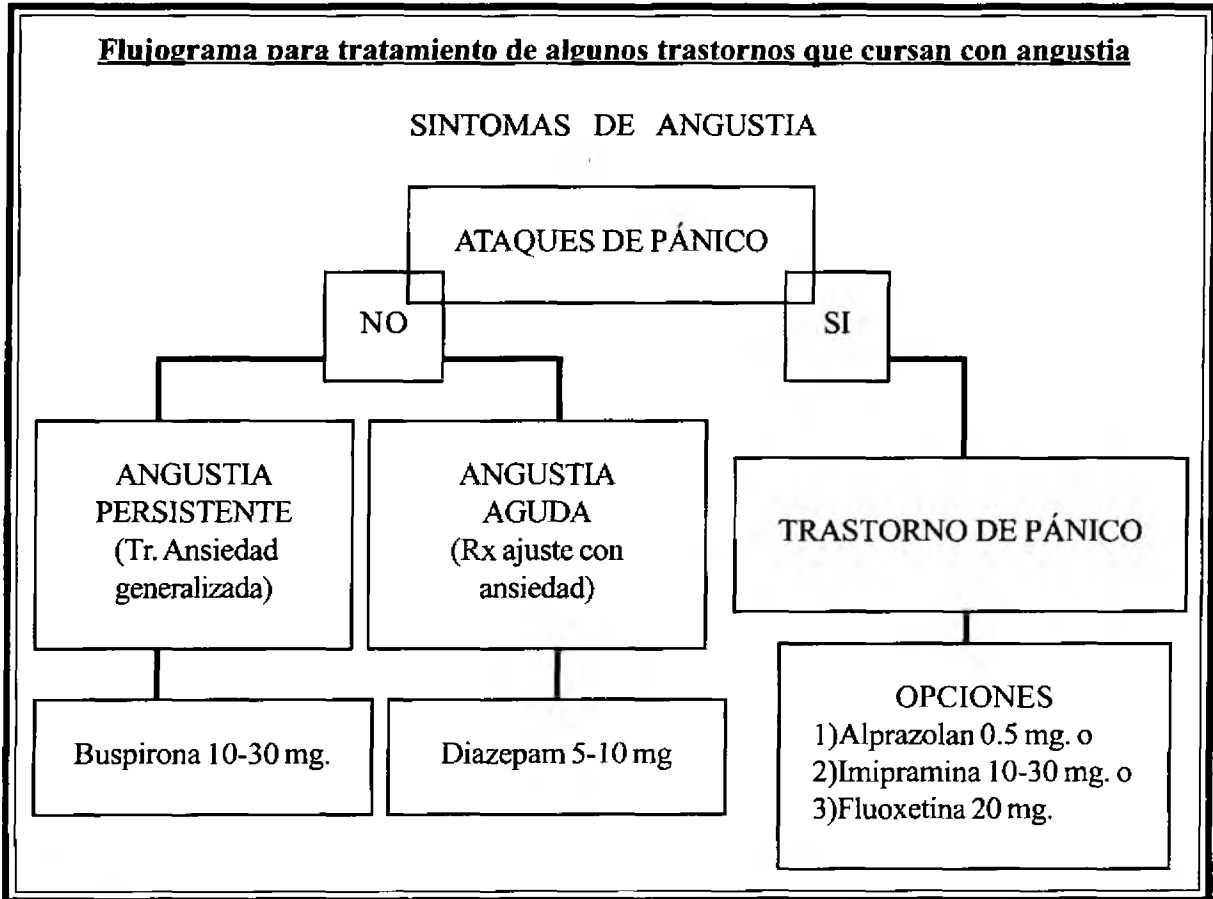
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Primero administrar una benzodiacepina (cualquiera de ellas) así :

ALPRAZOLAN tabletas 0.5 mg. V.O.,

LORAZEPAN tabletas 2 mg., V.O. o sublingual

DIAZEPAM tabletas 10 mg. V.O.



Psicosis aguda

La psicosis es un trastorno que implica desconexión con la realidad, y presenta sintomatología grave como delirios, alucinaciones, alternación del afecto y el comportamiento; sus causas son orgánicas, tóxicas o "funcionales" (donde no se ha demostrado un agente causal orgánico definitivo). La "psicosis aguda", no corresponde a una

entidad nosológica independiente; es un estadio de cualquier tipo de psicosis y corresponde a la instalación rápida y dramática de los síntomas, que generalmente consisten en: agitación, delirios, alucinaciones, alteración del ciclo biológico (vigilia - sueño; apetito), desequilibrio afectivo, comportamientos que no miden consecuencias.

ENTIDADES DIAGNÓSTICAS

ESQUIZOFRENIA, en forma aguda, se puede presentar como el cuadro que da inicio a la enfermedad o como una crisis. Los síntomas que la definen son: notoria alteración del pensamiento, con un lenguaje incoherente, peculiar, presencia de ideas extravagantes que conforman delirios referenciales: de “ser controlado”, de que le “leen el pensamiento” e “inserción” y “robo” del pensamiento; delirios de grandeza, persecución o somáticos. Alucinaciones, generalmente auditivas, voces que describen las actividades del paciente o voces en diálogo. Afecto embotado, plano o inadecuado.

TRASTORNOS AFECTIVOS

MANÍA. Como psicosis aguda su presentación es frecuente; se caracteriza por un estado de ánimo eufórico, exaltado y expansivo, con una fácil tendencia a la irritación; un lenguaje locuaz, circunstancial y con fuga de ideas; con distractibilidad y la presencia de delirios de grandeza; el paciente es hiperactivo y presenta insomnio y disminución de la necesidad de comer.

DEPRESIÓN. En su forma psicótica aguda, puede tener una sintomatología intensa: delirios, alucinaciones, catatonia y aunque su presentación agitada es rara, representa un peligro inminente para el paciente (ideación, intento suicida).

TRASTORNOS PARANOIDES

Las actuales clasificaciones, los llaman **TRASTORNOS DELIRANTES**, puesto que su síntoma cardinal (sino, el único) es un delirio sistematizado, al cual corresponde significativamente el comportamiento. Y las respuestas afectivas; el paciente suele ser suspicaz, aislado, hipersensible e hipervigilante.

PSICOSIS REACTIVA BREVE, es un cuadro súbito, precipitado por un estrés psicosocial importante, de menos de un mes de duración, la sintomatología es dramática y consta generalmente de delirios, alucinaciones, conducta desorganizada o catatonia, afecto intenso o perplejidad.

CATATÓNIA, compromete fundamentalmente el sistema psicomotor, presentando inmovilidad (estupor) o excitación (agitación psicomotora); existe además: posturas extrañas, catalepsia, rigidez, mutismo, negativismo.

GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN

1. Descarte de una etiología orgánica.
2. Búsqueda de un padecimiento físico que acompañe el cuadro psicótico.
3. Medidas generales para los síntomas que más problema presenten, para la seguridad del paciente o de las demás personas, en el momento de la atención.
4. Intentar hacer un diagnóstico específico.

GUÍA DE TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS AGUDA

AMBIENTE GENERAL: Debe brindarse seguridad al paciente, un medio ambiente con estímulos mínimos y observación continua.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: por tradición se sugiere el uso del neuroleptico que tradicionalmente ha sido eficaz con el paciente; si hay facilidad del uso de la vía oral, se la prefiere, si no, en dosis equivalentes se opta por la parenteral. En el momento se mantienen como antipsicóticos de primera línea los tradicionales; con un rango de dosis para Haloperidol entre 5–20 mg/día y de 300 a 1.000 mg/día para Clorpromazina. Si la respuesta a estos medicamentos, es inadecuada o presenta efectos adversos, se postula el uso de los antipsicóticos de última generación, como

la Risperidona a una dosis de 4 a 6 mg/día; la Clozapina sería una tercera línea a una dosis de 100 a 400 mg/día.

En algunas oportunidades, como presencia de agitación, puede ser necesario procurarle

una sedación al paciente, en estos casos se recomienda Lorazepam (2-4 mg/día oral o 1-2 mg/día endovenosos o intramuscular); las alternativas Midazolam 5 mg IM cada hora por 1 a 4 veces o Clonazepam oral.

Abuso de sustancias psicoactivas

DEFINICIÓN

Una sustancia psicoactiva es definida como aquella que cuando es consumida puede alterar el estado de conciencia. Todas las sustancias psicoactivas están sujetas a abuso, mal uso y dependencia física o psicológica.

ALCOHOL

Intoxicación alcohólica

Se informa una ingesta de alcohol.

La intoxicación alcohólica podría llevar finalmente al estupor y coma. Siempre deberá descartarse otra condición médica que explique los síntomas.

Tratamiento

Existen una serie de medidas básicas dirigidas a llevar al paciente hacia la estabilización:

1. Mantenimiento de la vía aérea.
2. Hidratación acorde a su balance hidroelectrolítico.
3. Control de líquidos administrados y eliminados.
4. Vigilar la posibilidad de regurgitación por el riesgo de broncoaspiración.
5. Inmovilización para protección del paciente si las circunstancias lo requieren.

A todo paciente que haya presentado una

intoxicación alcohólica se le deberá:

A. Aplicar pruebas de laboratorio para detección de sustancias.

B. Aplicar cuestionario CAGE para alcoholismo:

1. ¿Ha sentido usted la necesidad de suspender su consumo de alcohol?
2. ¿Las personas que le rodean o alguien más ha criticado su consumo de alcohol?
3. ¿Se ha sentido usted mal o culpable sobre la manera de beber?
4. ¿Ha considerado el beber en la mañana como una manera de calmar sus nervios o para superar su guayabo?

Dos o más respuestas positivas implican un problema con el alcohol.

ANFETAMINAS O COCAINA

Intoxicación

Euforia o aplanamiento en el afecto; en ocasiones ansiedad.

Los comportamientos se tornan repetitivos.

El paciente presentará dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dilatación pupilar
2. Taquicardia o bradicardia.
3. Tensión arterial elevada o disminuída
4. Sudoración

5. Nausea o vómito
6. Al examen se evidencia pérdida de peso
7. Se puede presentar agitación
8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, arritmias cardíacas
9. Confusión, convulsiones, coma.

Tratamiento

El tratamiento de la intoxicación está dirigido a una vigilancia cardiorespiratoria del paciente y en el caso de agitación se seguirá el tratamiento propuesto.

- Ver capítulo de Agitación

Urgencias geriátricas

CONDICIONES ASOCIADAS CON AGITACIÓN Y AGRESIÓN EN EL ANCIANO

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad cerebro - vascular, infarto y demencia multiinfarto
- Delirium
- Trastornos del sueño
- Trastornos sensoriales, auditivos o visuales
- Trastornos cardiovasculares
- Enfermedad de Parkinson
- Tumores cerebrales
- Infecciones del sistema nervioso central
- Epilepsia
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos psicóticos

TIPOS DE FÁRMACOS A UTILIZAR:

BENZODIACEPINAS

Utilice benzodiazepinas de acción corta

- Ventajas : sedación rápida. Efecto ansiolítico.
- Efectos colaterales:
 - Excesiva sedación
 - Disturbios motores caracterizados por pobre coordinación
 - Alteraciones de la modulación afectiva
 - Compromiso de la memoria. Confusión
 - Dependencia, sobredosis, síndrome de retraimiento
 - Violencia o rabia paradójica

Lorazepam: 0.5 – 1 mg. Vía oral o 0.255-0.5 mg. vía I.M.

- Repita cada 1 ó 2 horas hasta que el paciente esté en calma.
- Una vez que el paciente no esté agitado, manténgalo en el máximo de la dosis.
- Si el paciente no está agitado por 48 horas disminuya la dosis gradualmente a razón del 10% día, de la dosis más alta utilizada.

DROGAS ANTIPSICÓTICAS

Su utilización depende del perfil de efectos colaterales.

- Ventajas: sedación rápida y efecto antisicótico
- Efectos colaterales:
 - Sedación excesiva
 - Hipotensión
 - Confusión
 - Síntomas parkinsonianos
 - Disquinesia tardía
 - Síndrome neuroléptico maligno

Haloperidol

- Se administra 0.25 – 0.5 mg vía oral o 0.25 mg. I.M. cada hora hasta que la agitación se encuentre controlada.
- Posteriormente se divide la dosis total diaria, en tomas cada 6 horas
- Cuando el paciente no esté agitado por un período de 48 horas se disminuye gradualmente a razón de 25% día, de la dosis más alta utilizada.

Risperidona

- Dosis inicial 0.5 mg.
- Dosis terapéutica promedio: 1-6 mgrs. por día
- Ventajas: menos efectos colaterales que los antipsicóticos standard
- Efectos colaterales:
 - Síntomas extrapiramidales

Clozapina

- Dosis inicial: 6.25 mg.
- Dosis terapéutica promedio: 25-200 mg. por día.
- Efectos colaterales:
 - Agranulocitosis
 - Convulsiones
 - Hipotensión
 - Adormecimiento
 - Efectos anticolinérgicos
 - No síntomas extrapiramidales

LA RISPERIDONA Y LA CLOZAPINA SE CONSIDERAN EN CASO DE AGITACION CRÓNICA.

- Si después de 6 semanas el **haloperidol** o **lorazepam** no pueden ser disminuidos sin reaparición de los síntomas de agitación reevalúe el plan de tratamiento.
- No mantenga su paciente con **haloperidol** por más de 6 semanas, excepto por agitación secundaria a psicosis.

FARMACOTOXICOLOGIA DE LAS DROGAS PSIQUIÁTRICAS

La mayoría de los psicofármacos no afectan un sistema único de neurotransmisores, como tampoco están sus efectos localizados sólo en el cerebro.

En los servicios de urgencias psiquiátricas como causa de consulta más por efectos adversos, tenemos en primer lugar los trastornos motores inducidos por neurolepticos, esto debido al impacto que causan

en el paciente llevándolos muchas veces a abandonar el tratamiento.

TRANSTORNOS MOTORES INDUCIDOS POR NEUROLÉPTICOS

PARKINSONISMO: Caracterizado por temblor que se acentúa en reposo, rigidez y bradiquinesia. El 90% se presenta en los primeros tres meses.

Para el tratamiento aún se debate el beneficio de la profilaxis, no obstante, una vez aparecen los síntomas extrapiramidales se debe seguir las siguientes etapas: 1. Reducir la dosis del neuroleptico. 2. Dar medicación anti-sistema extrapiramidal y 3. Cambiar el neuroleptico.

DISTONÍA AGUDA: Cerca del 10% de los pacientes presentan distonía como efecto adverso de los antipsicóticos y el 90% de estos ocurren en los primeros 4-5 días. Puede afectar el cuello, la mandíbula, la lengua, y el cuerpo completo. La distonía es más frecuente en hombre jóvenes y con drogas de alta potencia o de depósito o de aplicación intramuscular.

ACATISIA AGUDA: Es una sensación subjetiva y objetiva de inquietud motora que puede hacer que el paciente esté agitado y que se sienta disfórico. Los síntomas pueden atribuirse equivocadamente a psicosis, agitación o falta de cooperación. Aparece en cualquier momento durante el tratamiento.

DISQUINESIA TARDIA: Es de aparición tardía y sus síntomas principales consisten en movimientos involuntarios de la boca y coreoatetoides de la cabeza, las extremidades y el tronco; los movimientos periorales son los más frecuentes. Se intensifican con el estrés y desaparecen durante el sueño.

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: Es una gravísima complicación del

uso de neurolépticos que puede causar la muerte y pueden presentarse en cualquier momento en el curso del tratamiento con antipsicóticos. Presenta síntomas motores como rigidez muscular, distonía, mutismo, embotamiento y agitación. Síntomas auto-nómicos como hiperpirexia (hasta 41° C.), sudoración, aumento de la tensión arterial y de pulso.

EFFECTOS ANTICOLINÉRGICOS MÁS FRECUENTES

BOCA SECA: Puede evitar el problema masticando chicle sin azúcar. A veces es suficiente con disminuir la dosis del fármaco.

VISION BORROSA: Es causada por midriasis y ciclopejía. Puede mejorar con una solución al 1% de pilocarpina en gotas cuatro veces al día.

RETENCION URINARIA: Puede llevar a infecciones del tracto urinario. Las personas de más edad tienen mayor riesgo.

ESTREÑIMIENTO: La primera línea de tratamiento es la prescripción de dietas, laxantes naturales o purgantes como la leche

de magnesio.

HIPERTENSION ORTOSTÁTICA: Las personas de edad tienen mayor riesgo. El médico debe prevenir al paciente de este efecto con el fin de evitar caídas y posibles fracturas, debe enseñarle a levantarse lentamente y sentarse inmediatamente si experimenta vértigo. A veces es necesario medicación auxiliar específica.

DISFUNCION SEXUAL: Las más comunes son: disminución de la libido, deterioro de la eyaculación y la erección, inhibición del orgasmo femenino.

AUMENTO DE PESO: Puede deberse a retención de líquidos, aumento del consumo calórico o poco ejercicio por la enfermedad mental. Dietas bajas en lípidos y carbohidratos y programas de ejercicios pueden ser recomendados.

LECTURAS RECOMENDADAS

Este artículo es un resumen de la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia de URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS, Convenio ISS-ASCOFAME, 1997.

Discusión Caso Clínico, cuaderno 32

DERMATITIS SEBORREICA.

El sólo hecho de tener lesiones inflamatorias en áreas seborréicas me hace el diagnóstico de dermatitis seborréica.

Se debe excluir la psoriasis donde las lesiones sobrepasan la línea de implantación del cuero cabelludo. En la psoriasis se pueden encontrar lesiones de psoriasis en otras partes del cuerpo o lesiones ungueales.

Las lesiones axilares se deben diferenciar de dermatitis de contacto al desodorante en donde se respeta la región pilosa axilar. La psoriasis inversa daría placas rojo brillante sin descamación, bien delimitadas. La candidiasis tendría lesiones satélites.

Se hizo tratamiento con un champú con ketoconazol y en las lesiones se aplicó hidrocortisona en loción, en la mañana y en la noche una crema de ketoconazol con mejoría de sus lesiones.

INTOXICACIÓN POR CÁUSTICOS

Dr. CAMILO URIBE GRANJA
Médico Toxicólogo
Profesor Universidad del Rosario
Director Científico Clínica de Toxicología

Introducción

El tema de los cáusticos en toxicología es quizás uno de los más controvertidos, puesto que no existe entre los diversos autores un consenso acerca del manejo que debe seguirse en el servicio de urgencias.

Por esta razón se describirá a continuación el manejo que en nuestra experiencia hemos considerado el más adecuado, con un éxito de recuperación aceptable. No obstante, el lector queda en disposición de familiarizarse con otras escuelas de manejo, con el fin de

que concluya libremente el protocolo que considere más conveniente cuando se vea enfrentado a este tipo de paciente.

OBJETIVOS DEL CUIDADO CLINICO

El adecuado y oportuno cuidado del paciente afectado por cáusticos se traducirá en la reducción considerable de complicaciones derivadas de la necrosis de liquefacción inducida por éstos y así reducir la morbimortalidad.

Caso clínico

Paciente de 22 años, sexo masculino, quien dos horas antes de su ingreso ingiere en forma voluntaria 30 cc. de un limpiador de hornos.

Presenta odinofagia, diarrea, diaforesis y dolor epigástrico severo. No refiere antecedentes de importancia. Al examen físico sus signos vitales son estables; mucosas secas y eritematosas, con edema perilesional. No hay signos de necrosis o sangrado. Los ruidos respiratorios presentan características normales; dolor severo a la palpación abdominal, con defensa voluntaria. Resto de examen físico dentro de límites normales.

RESUMEN DE DATOS POSITIVOS AL INTERROGATORIO

(De aquí se deducen los puntos claves de la historia clínica).

- Paciente con síntomas depresivos, de una semana de evolución, con intención suicida manifiesta.
- Ingesta voluntaria de limpiador de hornos dos horas antes de su ingreso.
- No había antecedentes personales o familiares, incluidos eventos similares a la enfermedad actual.

RESUMEN DE DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO

- Mucosas secas y eritematosas, con edema perilesional.
- Dolor a la palpación superficial y profunda, con defensa voluntaria.

MECANISMO DE ACCIÓN Y SITIO DE LESIÓN

Ácidos: Los ácidos en general tienden a lesionar más severamente la mucosa gástrica que la esofágica. Esto es importante tenerlo en cuenta en el momento de abordar al paciente, puesto que éste podría no mostrar lesiones en la mucosa oral y esofágica, lo que puede llevar a subestimar el daño del tracto gastrointestinal a partir del estómago.

El efecto mayor del ácido en el estómago parece deberse al espasmo pilórico, que causa retención del ácido en el antro, sitio lesionado por excelencia.

Los hidrogeniones, al quedar libres en la cavidad gástrica, producen una necrosis de coagulación, acompañada de un coágulo protector que progresivamente va invadiendo las capas del estómago hasta comprometer severamente al paciente.

Alcalis: Las bases, en general, tienden a lesionar los tejidos, produciendo necrosis de licuefacción acompañada de un compromiso severo de la vasculatura del tejido afectado, lo que finalmente lleva a isquemia y muerte celular. Comprometen más severamente el epitelio esofágico, el cual puede presentar descamación muy severa, secundaria a la quemadura de que es objeto. Algunos autores establecen grados endoscópicos de esta necrosis, y determinan el tratamiento basados en ellos. Aquí no vamos a mencionarlos, ya que en general no nos guiamos por ellos para los procedimientos de urgencias.

Tanto los ácidos como las bases pueden comprometer severamente otros tejidos contiguos o no al tracto gastrointestinal. Vale la pena destacar el sistema respiratorio, en donde puede producirse una neumonitis química por inhalación o broncoaspiración,

que generalmente se sobreinfecta con gérmenes Gram-negativos y/o anaerobios, situación que empobrece dramáticamente el pronóstico.

Los ojos y la piel también deben revisarse exhaustivamente. En el caso de lesión ocular, cuando el daño lo produce un ácido, es prácticamente inmediato y severo; cuando es una base, el daño puede producirse semanas después de ocurrida la lesión. En la piel pueden producirse quemaduras de diversos grados. Todas estas complicaciones requerirán del manejo universalmente establecido para ellas.

MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El manejo de la intoxicación por cáusticos es tal vez uno de los temas de mayor controversia a nivel mundial; por tal razón el esquema terapéutico aquí propuesto está principalmente basado en la experiencia clínica de los últimos 10 años en nuestro medio.

Lavado gástrico: Se recomienda practicarlo dentro de las seis primeras horas de evolución, según criterio médico para cada caso.

Debe emplearse una sonda de nelatón de bajo calibre, que deberá ser pasada exclusivamente por el médico, ojalá entrenado para este procedimiento. En caso de encontrar resistencia el paso de la sonda, deberá desistirse del procedimiento. Esta sonda debe ser muy bien lubricada con lidocaína y permanecerá durante las primeras 72 horas de evolución, teniendo la precaución de rotarla sobre la fosa nasal cada 12 horas, con el fin de que cumpla a cabalidad su papel de bujía, evitando en lo posible las futuras adherencias.

En caso de ácidos se practica lavado gástrico con una solución acuosa 1:10.000 de una base débil (Gel-Hidróxido). Se inician 30 cc de esta solución por sonda nasogástrica y se continúa igual cantidad cada 4 horas durante las siguientes 72 horas. Cabe anotar que con una solución así preparada, las reacción exotérmica secundaria a la neutralización ácido - base

es mínima, no agrava la lesión y evita que los grupos hidroxilo continúen dañando las mucosas. *Nunca deberán utilizarse bases al 100% sin diluir, o en diluciones diferentes a la indicada.*

En caso de álcalis se practica el lavado gástrico con una solución acuosa 1:10.000 de un ácido débil (ácido acético y vinagre). Se inicia con 30 cc de una solución así preparada y se continúa con la misma cantidad cada cuatro horas durante las primeras 72 horas. Cabe anotar que con una solución así preparada, la reacción base - ácido es mínima, no empeora la lesión y evita que los hidrogeniones continúen lesionando el tejido. *Nunca deben utilizarse ácidos al 100% de pureza, sin diluir o con diluciones inferiores a la indicada.*

NUNCA RECOMENDAMOS EL LAVADO GÁSTRICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Corticoides: Indicados para disminuir la reacción inflamatoria resultante tanto a nivel gastro-intestinal como respiratorio. Puede emplearse la hidrocortisona a dosis de 200 mg. intravenoso en bolo, continuando 100 mg por la misma vía, cada 6 horas, según criterio médico. Deberán observarse todas las precauciones para el manejo de esteroides.

Antibioticoterapia: Nosotros la recomendamos en todos los casos, ya que la literatura reporta hasta un 80% de sobreinfección con las implicaciones pronósticas ya descritas. Recomendamos la penicilina cristalina a dosis de 24 millones de U. día repartidos en seis dosis por dos semanas, o esquemas que a consideración del médico ofrezcan un buen cubrimiento para Gram-negativos y anaerobios.

Misoprostol: Como es sabido, las prostaglandinas ejercen un papel protagónico en los procesos de cicatrización. Se recomienda para estos casos el uso de la prostaglandina E (Misoprostol) a dosis de 200 mcg. cada 8 horas

por sonda nasogástrica.

Forzar diuresis: La mayoría de cáusticos tiene una pobre absorción por el torrente sanguíneo, siendo sus lesiones más evidentes a nivel tóxico. No obstante, algunos de ellos, como el ácido fórmico, la acetona y los dicromatos de sodio y de potasio, logran absorberse y llevan a cuadros de acidosis metabólica, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad severos que requerirán de manejo específico.

Durante las primeras 12 horas del cuadro tóxico, estas complicaciones podrían evitarse forzando la diuresis con diuréticos de asa u osmóticos, siempre y cuando se haya corroborado una adecuada función renal.

Otros: En caso de broncoespasmo por irritación de la vía respiratoria baja, deberán utilizarse corticoides y bronco-dilatadores a las dosis establecidas. Este compromiso puede darse por inhalación, broncoaspiración o neumonitis química por vía hematógena.

LABORATORIOS

En este accidente tóxico específico los análisis toxicológicos son poco confiables y de poca utilidad.

Para los de absorción sistémica se debe buscar la identificación de los mismos en contenido gástrico, sangre y orina. En los demás casos ayudará mucho al diagnóstico y manejo la descripción adecuada del envase del producto o su presentación en el servicio de urgencias.

Como estudios complementarios valen la pena considerar los rayos x de tórax, pruebas de función renal y hepática, espirometría, gases arteriales. Algunas escuelas sugieren practicar endoscopia antes de las primeras seis horas de control; en nuestro caso lo dejamos a consideración del médico tratante, y recomendamos este procedimiento después de la segunda semana de evolución para observar posibles estenosis y establecer posible manejo crónico y pronóstico definitivo.

MANEJO POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

En todos los casos se recomienda el manejo de esta intoxicación en centros hospitalarios Nivel III, dependiendo de si hay o no complicaciones y de la severidad de las mismas.

En caso de ser llevado el paciente al Nivel II, se recomienda el paso de la sonda e iniciar las medidas generales, con remisión posterior al siguiente nivel que brindará una adecuada monitorización y manejo de complicaciones. El Nivel I deberá hacer todo lo posible para la remisión del paciente a niveles superiores.

PUNTOS PARA DISCUSION

- La intoxicación por ácidos suele dar síntomas más rápidamente que cuando es debida a bases; éstos tienden a ser más severos.
- Los ácidos tienden a comprometer más el estómago, mientras que los álcalis el esófago.
- Las bases tienden a lesionar las manos (generalmente se presentan como polvos y sólidos), la piel y las mucosas.
- El lavado gástrico y neutralización se encuentra contraindicado en niños.
- La endoscopia a la segunda semana es fundamental para establecer pronóstico definitivo y manejo crónico, si fuera necesario.
- En todos los casos debe examinarse exhaustivamente el sistema respiratorio, ya que la sola inhalación del cáustico, bien sea durante la ingesta voluntaria o en forma accidental, puede desencadenar neumonitis química.
- Algunos cáusticos presentan absorción sistémica, que requiere manejo específico de complicaciones; el médico debe estar familiarizado con ellos.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- Las sustancias altamente tóxicas, como los cáusticos, deben tener sitios de almacenamiento seguros en el hogar, para evitar accidentes.

- Todos los productos altamente tóxicos deben tener en sus etiquetas un breve recuento de sus principales efectos tóxicos y qué hacer en caso de presentarse éstos. Estas observaciones deber ser observadas cuidadosamente por el consumidor.
- No pierda el tiempo con medidas caseras, que podrían empeorar el cuadro (ej. inducir emesis). Acuda cuanto antes a personal especializado.
- Lleve siempre al servicio de urgencias el envase del producto que se cree está ocasionando el cuadro tóxico. Esto puede ahorrar tiempo muy valioso al médico que atiende el caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Moriarity RW: Toxic Emergencies: Acids and Alkalis. Drug Ther 9:143-152, 1.979.
2. Gumaste VV, DabePB. Ingestion of Corrosive substances in adults. Am J Gastroenterol 87:1-5, 1.992.
3. Uribe Granja Manuel Guillermo. Intoxicación por Cáusticos: Ácidos y Bases. en Manual de Urgencias, Sandoz Colombiana S.A., 1.993.
4. Meredith W, Kon N, Thompson JN: Management of injuries from liquid lve ingestion. J Trauma: 28:1173-1180, 1.988.
5. Penner GE: Acid Ingestion: Toxicology and Treatment. Ann Emerg Med 9:374-379, 1.980.
6. Gillis GA, Higgins G, Kennedy R: Gastric damage from ingested acid in children. J Pediatr Surg 20:494-496, 1.985.
7. Hopkins RA, Postletwait RW: Caustic burns and carcinoma of the esophagus. Ann Surg 194:146-148, 1.981.
8. Vancura E, Clinton J, Ruiz E: Toxicity of Alkaline Solutions. Ann Emerg Med 9:118-122, 1.980.
9. Moore WR: Caustic Ingestions: Pathophysiology diagnosis and treatment. Clin Pediatr 25:192-196, 1.986.
10. Friedman EM et al: The emergency management of caustic ingestions. Emerg Med Clin North Am 2:77-86, 1.984.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN NIÑOS

Dra. Mónica Giraldo Mejía
Médico Especialista en Pediatría
Directora Científica
Fundación Pequeño Corazón, Manizales

ASESORIA

Salud Integral – Medicina Preventiva
Servicio Cardiología Pediátrica
Clínica SHAIO Santafé de Bogotá

Introducción

Este manual sobre cardiopatías congénitas, se ha diseñado con el objetivo de ofrecerle información sobre signos, síntomas más comunes, métodos diagnósticos y procedimientos quirúrgicos. Está dirigido a las familias de niños con cardiopatías congénitas y al personal de salud porque consideramos que un conocimiento sencillo y adecuado de este grave problema de la población infantil, va a incidir en diagnóstico más precoz de esta enfermedad y manejo que se manifestará en calidad de vida de los niños.

Recordemos que un niño con Cardiopatía Congénita a quien se le realice evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno, puede ser en un futuro una persona sana, útil a su familia, su comunidad y a nuestro país.

DEFINICIÓN

Cardiopatía Congénita es una alteración en la formación estructural y funcional del corazón, que se presenta desde el proceso embrionario, causando malformaciones en las paredes del corazón, arterias y/o válvulas, alterando el flujo sanguíneo y mezclando la sangre venosa con la arterial.

En nuestro país 1 de cada 1.000 niños, presentan malformaciones congénitas del corazón, muchos de ellos fallecen antes de cumplir un año de vida, el resto no tiene una vida normal.

Muchos niños enfermos del corazón pueden llevar una vida **NORMAL** si son diagnosticados y operados oportunamente.

Signos - Síntomas

RECIEN NACIDOS (0 - 1 MES)

- Cianosis peribucal o generalizada.
- Dificultad para respirar.
- Dependencia de oxígeno para permanecer estable.
- Aparición de cianosis con succión del seno materno o tetero.

- Al examen físico presencia de soplo a la auscultación del corazón.

LACTANTE (1 A 24 MESES)

- Aparición de cianosis peribucal al realizar cualquier ejercicio o con la alimentación.
- Infecciones respiratorias a repetición.

- Retardo pondero estatural. (Peso y talla).

PREESCOLAR Y ESCOLAR (2 A 12 AÑOS)

- Trastornos en el aprendizaje (por mala oxigenación cerebral).
- Dolor en el pecho.
- Cianosis o fatiga fácil con el ejercicio.

ADOLESCENTES (12 A 18 AÑOS)

Lo más frecuente es que estén asintomáticos y sea un hallazgo ocasional al examen físico:

- Soplo en el área precordial.
- Hipertensión arterial.
- Fiebre reumática, con las siguientes manifestaciones: edema o hinchazón en miembros inferiores, taquicardia, hepatomegalia, cianosis, fatigabilidad; lo que obliga a hospitalizar al paciente.

NOTA: Lo ideal para la evaluación del corazón en un niño es examinarlo cuando él esté calmado, tranquilo y preferiblemente en brazos de su madre o padre para detectar de manera más acertada la presencia de soplo.

FACTORES PREDISPONENTES

El recién nacido prematuro tiene riesgo de presentar Conducto Arterioso Persistente.

La Coartación de Aorta es más frecuente en el sexo masculino; el Conducto Arterioso Persistente es frecuente en el sexo femenino y a mayor altura sobre el nivel del mar.

Con relación a los antecedentes maternos: hijos anteriores con cardiopatías congénitas, amenaza de aborto, exposición a medicamentos o tóxicos que sean teratógenos e infección viral (rubéola) en los tres primeros meses de embarazo.

Métodos diagnósticos

1. ELECTROCARDIOGRAMA

Registra la actividad eléctrica del corazón. Permite determinar trastornos en el ritmo cardíaco y puede haber hallazgos indirectos que sugieran malformaciones congénitas.

2. RX TORAX

Útil para observar tamaño y características físicas del corazón. Pueden aparecer signos radiológicos de compromiso pulmonar secundarios a la cardiopatía.

Debe tomarse con el niño de pie y con proyección postero-anterior.

3. ECOCARDIOGRAMA

Método diagnóstico por excelencia para cardiopatías congénitas y debe ser realizado de

manera OBLIGATORIA, inclusive si se sospecha soplo inocente.

Permite evaluación estructural y funcional del corazón, al mismo tiempo una clasificación más exacta de la cardiopatía.

4. CATETERISMO

Se realiza a través de un catéter por donde se inyecta medio de contraste, evaluando de manera dinámica el comportamiento de este, en el corazón enfermo.

Se realiza en casos especiales para definir cardiopatías complejas o complementar el estudio ecocardiográfico antes de realizar cirugía.

Tratamiento y Prevención

TRATAMIENTO

MEDICO:

Las Cardiopatías Congénitas no tienen tratamiento específico con medicamentos porque el problema básico es estructural con alteraciones funcionales secundarias.

Los medicamentos se utilizan para el manejo de síntomas asociados en cardiopatías complejas o cuando el diagnóstico es tardío.

QUIRÚRGICO:

Consiste en corregir el defecto específico, para mejorar el funcionamiento del corazón enfermo, teniendo en cuenta que el problema básico es una malformación estructural.

PREVENCIÓN

Este es un aspecto muy importante, pero con

relación a las cardiopatías congénitas no hay un aspecto **preventivo** específico.

El mayor énfasis se debe hacer con la población femenina en edad fértil con el fin de evitar riesgos generales para cualquier tipo de malformación congénita como: cigarrillo, drogadicción, desnutrición, exposición a tóxicos principalmente en las mujeres en los tres primeros meses de gestación.

La mujer embarazada debe asistir al control prenatal para realizar una adecuada medicina **preventiva** y es obligatoria la vacunación con **DPT** y triple viral para evitar infecciones congénitas en el bebé que está en formación. La rubéola es la infección viral más importante que produce cardiopatía congénita.

Pronóstico

Depende básicamente de dos factores: tipo de cardiopatía y edad en la cual se realice el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

El mejor pronóstico está relacionado con Coartación de Aorta, Estenosis Pulmonar y Conducto Arterioso Persistente, son cardiopatías no complejas.

Las Comunicaciones Interventricular e Interauricular tienen buen pronóstico, el paciente puede ser curado y permitir una vida normal después de la cirugía.

Aunque la Tetralogía de Fallot y la Fiebre

Reumática son cardiopatías complejas, si se diagnostican y operan en un momento oportuno, su pronóstico puede ser bueno.

El pronóstico es más reservado en otro tipo de cardiopatías complejas como: Transposición de grandes vasos, ventrículo único, atresia pulmonar, etc.

Cuando aparece hipertensión pulmonar, como consecuencia de cardiopatías diagnosticadas tardíamente o como asociación a cardiopatías complejas, el pronóstico es malo y la calidad de vida del paciente se compromete de manera muy importante, hasta su fallecimiento.

**ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA
PROGRAMA DE ACTUALIZACION MEDICA PERMANENTE**

FORMULARIO DE INSCRIPCION O ACTUALIZACION DE DATOS

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input style="width:100%;" type="text"/>		
Cédula	Sexo	Fecha de Nacimiento
<input style="width:100%;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono Residencia
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Dirección Consultorio	Ciudad	Teléfono Consultorio
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

Título Profesional	Tarjeta Profesional
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Universidad que le dió el título	<input style="width:100%;" type="text"/>
Año	Ciudad
<input type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Médico Especialista Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Título(s) de Especialidad(es)	Universidad
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Título(s) de Subespecialidad(es)	Universidad
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
¿Cuál es la forma más importante para su actualización continua en salud?	
<input style="width:100%;" type="text"/>	
¿Ha realizado cursos de actualización profesional CERTIFICADOS en los últimos dos años?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos <input style="width:100%;" type="text"/>	
¿Ha participado en congresos profesionales CERTIFICADOS en los últimos dos años?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos <input style="width:100%;" type="text"/>	
¿Ha publicado trabajos científicos en los últimos dos años?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos <input style="width:100%;" type="text"/>	
Revistas científicas que está consultando actualmente	
<input style="width:100%;" type="text"/>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	
¿Tiene computador en su sitio de trabajo o residencia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Con multimedia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E-mail	<input style="width:100%;" type="text"/>

**ASCOFAME
FACULTADES
DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA
BOLIVARIANA
UNIVERSIDAD DE CALDAS
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER
INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD -CES-
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
JAVERIANA
UNIVERSIDAD LIBRE -ATLANTICO-
UNIVERSIDAD LIBRE DE CALI
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
-BARRANQUILLA-
UNIVERSIDAD DEL NORTE
-BARRANQUILLA-
UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA
DE PEREIRA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE COLOMBIA**

**MIEMBROS EN CALIDAD
DE OBSERVACION**

**UNIVERSIDAD SAN MARTIN
CORPORACION UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS APLICADAS Y
AMBIENTALES -UDCA-
UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE BUCARAMANGA**



MERCK SHARP & DOHME

 **NOVARTIS**



 **Schering-Plough S.A.**



Schering-Plough S.A.

Pionero en nuevos antihistamínicos no sedantes que con sus millones de prescripciones a nivel mundial, respaldan la confianza del médico y la seguridad para todos los pacientes.

ALATRIN®

Loratadina Schering Plough



Cada 24 horas

ALATRIN®^D Plus

Loratadina Schering Plough y Pseudoefedrina



Cada 24 horas

*Todos los estudios científicos realizados en el mundo utilizan...
Loratadina de Investigación Schering-Plough*



Su Salud Los Vale



Plough Farmacéutica

DIVISION DE SCHERING-PLOUGH S.A.