**URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN PEDIATRÍA**

**Romny Nobriga MD**

**Médico Residente Unidad de Diálisis Hospital Pediátrico Baca Ortiz**

**INTRODUCCIÓN**

Las urgencias psiquiátricas en pediatría no son generalmente comunes en la práctica clínica, sin embargo, en los últimos años se ha visto un incremento en el número de consultas relacionadas con signos o síntomas de la esfera psiquiátrica en los servicios de urgencias pediátricas y consulta externa, esto ha puesto en relieve ciertas falencias de los equipos de salud respecto al manejo de la patología mental pediátrica. Ciertos factores aumentan la dificultad en este manejo:

* El desafío diagnóstico del descarte de patologías orgánicas
* La aparatosidad de los síntomas que obliga a tomar decisiones rápidas para asegurar la seguridad del paciente
* La angustia de los familiares que dificulta tanto el manejo como el interrogatorio
* La dedicación exigida por estas patologías resta tiempo al manejo de otras urgencias e interfiere con el resto del trabajo de la unidad
* La obtención de información del paciente pediátrico dependiendo de la edad
* El interrogatorio a familiares que podrían mostrarse poco colaboradores

**Podemos definir la urgencia psiquiátrica infantil como el proceso que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente o su familia consideren difícil el control de la situación ya que los problemas han llegado a un punto en el que los pacientes, o bien los sistemas de apoyo (es decir, la familia, la escuela), se encuentran abrumados y los pacientes se han vuelto peligrosos para sí mismos o para otros.**

El objetivo de la actuación del médico de emergencia es primordialmente el descarte de la patología orgánica que pondría en riesgo la vida del paciente y pueda ser la causa de los síntomas o signos que motivaron la consulta, otro punto importante es la atenuación de los síntomas agudos y la estabilización del paciente, la decisión terapéutica debe ir dirigida,

fundamentalmente, a detectar riesgo de auto o heteroagresividad, muchas veces será necesaria la contención mecánica y/o farmacológica del paciente. Posteriormente debe decidirse la necesidad del ingreso a hospitalización, siendo lo más habitual o derivación al servicio de consulta externa.

**VALORACION INICIAL**

Un niño con una UP puede presentarse agitado y agresivo o apático y desconectado, con cambios del estado de ánimo repentinos, pueden no responder el ofrecimiento de ayuda del personal de salud. Los niños más pequeños pueden estar fuera de control, corriendo por la sala de exploración o presentando fuertes rabietas, llorando o intentando golpear a los padres y personal sanitario, por esto debemos siempre cuidar lo que decimos y como lo decimos ya que los sentimientos de enfado y frustración pueden afectar negativamente el interrogatorio. En ocasiones el paciente puede estar agresivo o agitado en casa y al momento de la consulta estar tranquilo, los niños que se aíslan no intentan desarrollar relación alguna con el examinador o con los familiares.

**LOS OBJETIVOS BÁSICOS DE UNA EVALUACIÓN SON**

**PRIMERO**

* Presencia de enfermedad somática y o efectos secundarios a medicaciones.
* Antecedentes de traumatismo craneoencefálico
* Intoxicaciones accidentales o voluntarias.
* Sobredosis o síndromes de abstinencia.
* Asegurarse de que no es portador de armas, objetos cortantes o sustancias.
* Necesidad de contención mecánica

**SEGUNDO**

* Antecedentes psiquiátricos personales.
* Antecedentes psiquiátricos familiares.
* Antecedentes médicos.
* Medicamentos (neurolépticos, tranquilizantes, corticoides, antiepilépticos, antidepresivos).
* Circunstancias sociales (ambiente familiar, escuela, maltrato o negligencia, uso de alcohol y drogas, ambiente social).
* Examen mental:
	+ Apariencia general y conducta.
	+ Nivel de conciencia.
	+ Estado de ánimo.
	+ Afecto.
	+ Análisis del pensamiento (alucinaciones, delirio, suicida, homicida, paranoia).
	+ Memoria, concentración, control de impulsos, juicio, percepción.
* Pruebas diagnósticas (glicemia, urea, bioquímica, toxicología, TAC, EEG, PL).

**TENER EN CUENTA**

* Obtener información del mayor número posible de informadores
* Obtener una historia del desarrollo del paciente, contemplando el nivel de funcionamiento previo y los posibles desencadenantes de la crisis actual
* Investigar especialmente una posible ideación suicida, agresividad, delirios, alucinaciones y síntomas confesionales.
* Una intoxicación con fines suicidas, un primer episodio psicótico o una agitación persistente, serían claros indicadores de ingreso hospitalario

**TRATAMIENTO INICIAL GENERAL**

El tratamiento inicial, independientemente de la causa que haya provocado la UP, es tratar las conductas fuera de control. Se debe ubicar al niño en un área tranquila, lo más aislada posible y en la aproximación al paciente se deben utilizar expresiones de apoyo y entendimiento de lo que le sucede, evitando palabras o gestos de ira o frustración que pueden exacerbar el cuadro.

Si con el apoyo psicológico no se consigue que el paciente recupere algo de autocontrol y resulta peligroso, habrá que utilizar técnicas de inmovilización física (correas, sábanas), siguiendo los siguientes pasos:

* Se necesita un mínimo de cuatro personas.
* Mantener las manos lejos de la boca del niño para evitar ser mordidos.
* Explicar al paciente lo que va a suceder si éste no parece entender.
* Hay que revisar con frecuencia la comodidad y seguridad del paciente inmovilizado.
* A medida que el paciente se tranquiliza se va retirando cada vez una zona inmovilizada.

Si con la contención mecánica y el apoyo psicológico no se logra retomar el control se requerirá el uso de fármacos, previo la verificación de alguna contraindicación como un cuadro o la depresión respiratoria.

* Medicamento recomendado **HALOPERIDOL**
	+ **Niños 3-12 años: 0,05-0,15 mg/kg/día (2 dosis, vía oral) (1 gota= 0,1 mg).**
	+ **Niños > 12 años: 1-15 mg/día (2 dosis, vía oral).**
	+ **Si hay gran agitación: 1-5 mg/dosis cada 1- 8horas i.m. o i.v. lento (1 ampolla= 5 mg).**

Los siguientes son motivos de consulta que requieren un ingreso a hospitalización y deben tenerse en cuenta

* Intento de suicidio.
* Conducta homicida.
* Incapacidad de la familia para cuidar al niño.
* Maltrato físico o abuso sexual.
* Fracaso del tratamiento ambulatorio.
* Estabilización o ajuste de la medicación

**DIAGNOSTICO**

Existen una gran variedad de patologías psiquiátricas y no psiquiátricas que podrían generar un cuadro de agitación o aislamiento que requiera valoración en un servicio de emergencias, podemos agruparlas de la siguiente forma:

* Urgencias Psiquiátricas verdaderas.
* Enfermedades psiquiátricas que se manifiestan con síntomas de enfermedad orgánica.
* Efectos de los fármacos psicotrópicos.

**URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS VERDADERAS: IDEACIÓN E INTENTO AUTO LÍTICO**

El suicidio es la tercera causa de muertes en personas entre los 10 y los 24 años con aproximadamente 4000 muertes al año en estados unidos y esta es una de las principales causas de consulta a los servicios de emergencias.

**FACTORES DE RIESGO**

En el sexo femenino es más probable que se presenten las ideaciones suicidas, sin embargo, en el masculino se presentan los intentos auto líticos consumados y no consumados 5 veces más, esto se debe principalmente al método utilizado, siendo la sobredosis el método utilizado por el sexo femenino y el uso de armas de fuego y ahorcamiento en el masculino.

* Otros factores en el consumimiento del intento auto lítico son:
* Historia de previos intentos
* Impulsividad y trastornos del comportamiento
* Hospitalizaciones recientes por enfermedades psiquiátricas
* Abuso de sustancias
* Historia familiar de suicidios
* Huir de casa
* Identificación LGBT

**EVALUACIÓN**

Muchos pacientes identificaran la ideación suicida como su motivo de consulta, sin embargo algunos podrían no proporcionar la información tan fácilmente, dado la alta incidencia de ideación o intentito auto lítico en los últimos años y la morbi mortalidad asociado a los intentos, debemos siempre buscar activamente su presencia en los pacientes adolecentes sobre todo, otros pacientes que presenten abuso de sustancias, intoxicaciones, accidentes de tránsito estando solos, heridas por arma blanca o de fuego accidentales o caídas desde altura deben ser interrogados por la posible presencia de ideación suicida.

Lo primero siempre es asegurar la seguridad de los pacientes, familiares y el personal a cargo, este siempre debe estar bajo observación, entre sus objetos personales podría haber alguno que podrían usar para hacerse daño, a los familiares o al personal de salud por que se recomienda el cambio a algún uniforme de la institución y el lugar donde se encuentren debería estar libre de objetos corto punzantes o relacionados

Es importante tener en cuenta que cuando la vida o seguridad del paciente está en riesgo la confidencialidad no se aplica, se debe obtener información de familiares y acompañantes que acudan al servicio de emergencia aun sin la autorización del adolecente.

**INTERROGATORIO**

Los pacientes y acompañantes deben ser interrogados tanto por separado como juntos, los pacientes generalmente minimizan sus síntomas y la intención detrás de sus actos, el hablar directamente con los pacientes de sus ideas suicidas no incrementa el riesgo, tener una conversación abierta sobre el tema puede dar una perspectiva diferente al paciente y así aceptar el tratamiento más fácilmente. Cuando hablamos de ideación suicida debemos tener ciertas preguntas en cuenta.

* Razones para seguir vivo
* Donde estaba
* Que paso inmediatamente antes del intento
* Fue planeado o impulsivo
* Hicieron algo para evitar ser descubiertos
* Tenían alguna expectativa sobre el resultado

Es importante recordar que los adolescentes típicamente juzgan mal el peligro inherente de sus actos, por lo que el entendimiento propio de la situación es básico en el tratamiento.

Adicionalmente del resto de la historia anteriormente mencionada en el manejo inicial general, se debe prestar especial atención a eventos recientes que podrían ser los desencadenantes del intento o ideación suicida:

* Recientes situaciones estresantes: Conflictos familiares, rupturas de relaciones amorosas, Bullying, dificultades académicas, problemas legales
* Depresión
* Ansiedad
* Psicosis
* Abuso de sustancias
* Acceso a armas blancas, armas de fuego o medicamentos por algún familiar

Los pacientes más jóvenes tienden a afectarse mayormente por conflictos familiares, mientras que los adolescentes mayores se ven afectados por conflictos románticos y todos los grupos más recientemente por bullyng y cyberbullyng.

**EXAMEN FÍSICO**

Se realizará un examen físico completo de rutina teniendo en cuenta 2 aspectos importantes relacionados con los intentos auto líticos: buscar evidencia de lesiones en piel o producidas por la ingestión, en la piel debemos buscar señales de corte “cutting”, lesiones en la región cervical o cicatrices de eventos anteriores que son factores de riesgo para consumar los intentos auto líticos

**LABORATORIO**

No existe una rutina especifica de exámenes de laboratorio y dependerá de la clínica de ingreso y el método usado para el intento, si existe antecedentes de abuso de sustancias se pedirá pesquisaje toxicológico, prueba de embarazo.

**MEDICACIÓN**

No hay medición cuyoefecto primario resuelva la ideación auto lítica, se recomienda en el caso de depresión leve o moderada como el origen de la ideación suicida primero el uso de la terapia cognitiva **conductual (21. Nemets H, Nemets B, Apter A, et al. Omega-3 tratment of Childhood Depression: A controlled, double-blind pilot study. Am J Psychiatry 2006; 163: 1098-1100.)** y si esto no funciona o la depresión avanza a grave el uso combinado de lo anterior más los inhibidores de la receptación de serotonina específicamente la fluoxetina (FDA, NICE, Agencia Europea del Medicamento**) (23. Eaton L. European agency approves use of fluoxetine for children and teens. BMJ 2006; 332: 1407).,** en un análisis de los datos disponibles en la FDA sobre depresión mayor infanto-juvenil aportó los siguientes coeficientes de riesgo para incidentes auto líticos importantes (intento de suicidio, planificación de un intento y aumento de ideación suicida): placebo (1,0); fluoxetina (0,92) **(17. Birmaher B,Greenhill LL,Emslie GJ,et al.Pharmacological strategies for the resistant disorders.American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting.Washington, DC 2004. Oct 19.)** la sertralina se considera como segunda opción.

**La técnica de tratamiento es como sigue: se comienza con 5-10 mg/día de fluoxetina administrada en el desayuno o el almuerzo, y se va aumentando en la misma proporción cada 2 semanas hasta encontrar la dosis de respuesta del paciente, excepto si se presentan efectos adversos que aconsejen la retirada del fármaco.**

La AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) recomienda que los pediatras y los psiquiatras realicen un estrecho seguimiento de los niños que han empezado un tratamiento con antidepresivos para la detección temprana de pensamientos y conductas auto líticas y propone estos signos de alarma:

* Aparición de ideas de suicidio en el menor (o aumento de su frecuencia si ya existían antes del tratamiento)
* Conducta autodestructiva
* Ansiedad persistente, agitación, agresividad, insomnio o irritabilidad
* Inquietud psicomotriz
* Euforia
* Verborrea
* Aparición de planes o metas fuera de la realidad

La FDA sugiere una revisión clínica semanal del mismo, al menos durante las 4 primeras semanas de tratamiento antidepresivo y establecer un procedimiento de intervención inmediata si surge ideación auto lítica.

**ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS**

La psicoeducacion es otro aspecto fundamental del tratamiento tanto para el paciente como para la familia, se requiere educar a los familiares en el reconocimiento de los síntomas y de tomarlos en serio, generalmente hay mucha desinformación del grupo de apoyo (familiares, amigos) respecto a las enfermedades mentales y aun que supere este intento auto lítico y mejore la ideación es posible que pueda presentarse nuevamente, a pesar de no existir un criterio validado para estimar el riesgo de presentación de otro intento hay algunos criterios que sugieren la necesidad de internamiento en una institución psiquiátrica:

* Continua el deseo de morir
* Severa desesperanza
* Episodios periódicos de agitación, los intentos suicidas son más comunes durante estos estados
* Difícil seguimiento posterior al alta
* Intento con alta letalidad
* Expectativa real de muerte

A pesar de tener un paciente libre de ideaciones suicidas esto no previene un próximo intento, por esto hay ciertas recomendaciones para pacientes y familiares:

* Identificar los posibles signos de alarma y desencadenantes
* Realizar actividades que puedan distraer o suprimir las ideaciones suicidas
* Buscar grupos de apoyo
* Explicar el cómo usar los sistemas de emergencia en caso de repetir el cuadro
* Restringir los medios: esto hace referencia al aconsejamiento a los familiares de como restringir el acceso a medios potencialmente letales, Tener los medicamentos, cuchillos y armas de fuego bajo llave.

**URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS VERDADERAS: AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y VIOLENCIA:**

Consiste en una actividad motora y cognitiva excesiva, que surge en respuesta a una tensión interna y que se traduce en: inquietud psicomotriz, irritabilidad, mayor reacción ante estímulos y conductas inapropiadas sin finalidad coherente, que pueden traducirse en actividades destructivas y violentas.

Lo primero como se ha visto anteriormente es descartar la existencia de origen orgánico que ponga en peligro la vida del paciente.

Las causas más frecuentes de agitación psicomotriz se pueden dividir en 2 grupos

* Orgánicas
	+ Encefalitis víricas
	+ Epilepsia (lóbulo temporal)
	+ Tumores cerebrales
	+ Enfermedades vasculares cerebrales
	+ Enfermedades sistémicas: LES, tiroiditis...
	+ Enfermedades degenerativas del SNC
	+ Errores innatos del metabolismo
	+ Migraña
* Psiquiátricas
* Abuso de sustancias
* Cuadros psicóticos
* Trastornos de conducta disocial
* Trastorno bipolar - Trastornos de la personalidad
* Retraso mental y trastorno generalizado del desarrollo (TGD)

**VALORACIÓN**

En la historia clínica debe constatar:

* Conductas violentas
* Conductas previas
* A quién va dirigida la violencia
* Factores que precipitan la crisis actual
* Presencia o ausencia de una relación que permita la contención

Se realizará una exploración física general neurológica y búsqueda de signos de intoxicación y abstinencia y, por último, la exploración psicopatológica.

**La violencia que no es debida a causa médica o psiquiátrica no debería ser objeto de atención por nuestra parte.**

**MANEJO**

Primero debemos adoptar medidas ambientales al aislar al paciente y mantenerlo en un ambiente tranquilo, alejar, si se puede, al paciente de la causa que ha generado la crisis, pudiendo ser conveniente, por ello, separar al paciente de sus familiares, en secuencia si lo anterior no resulta se pasa a la contención verbal, para la contención física se debe explicar al paciente el motivo y el procedimiento, es imprescindible la reevaluación cada media hora por parte de enfermería y replantearse la indicación cada 2 horas y por ultimo farmacológica que va a ser muy útil casi siempre, los fármacos recomendados son los neurolépticos y las benzodiacepinas, por razones de mayor rapidez del efecto terapéutico. La vía de elección suele ser intramuscular. Siempre hay que tener en cuenta, el riesgo de depresión respiratoria, bradicardia e hipotensión.

|  |
| --- |
| **Elección de fármaco para contención inicial** |
|  | **Severidad de los síntomas** |
| **Etiología** | **Leve a moderado** | **Severo** |
| Orgánica | Benzodiacepina | Benzodiacepina o antipsicótico  |
| Psiquiátrica | Benzodiacepina o antipsicótico  | Antipsicótico  |

|  |
| --- |
| **Medicamentos usados con generalidad en la agitación psicomotriz** |
| **Medicación** | **Dosis inicial** | **Inicio de acción (minutos)** | **Vida media (horas)** |
| Lorazepam | 0.05-0.1 mg/kg Adolecentes: 2-4 mg | 20-30 (PO)5-15 (IM) | 12 |
| Midazolam | 0.05-0.15 mg/kgAdolecentes: 2-4 mg | 20-30 (PO)5-15 (IM) | 3-4 |
| Haloperidol | 0.1 mg/kg Adolecentes: 2-4 mg | 30-60 (PO)15-30 (IM) | 21 |
| Risperidona | <12 yr: 0.5 mg Adolecentes: 1 mg | 45-60 (PO) | 20 |
| Olanzapina | <12 yr: 2.5 mgAdolecentes: 5-10 mg | 45-60 (PO)30-60 (IM) | 30 |

**URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS VERDADERAS: PSICOSIS**

Un niño psicótico puede acudir a urgencias agitado o, todo lo contrario, preocupado y aislado del medio. El término psicosis se refiere a un estado mental en el cuál acontecen importantes trastornos del pensamiento, relación y percepción de la realidad. El niño psicótico no se expresa bien, tiene dificultades para responder preguntas y se puede mostrar extremadamente suspicaz y hostil.

Los síntomas psicóticos suponen una pérdida de contacto con la realidad, habitualmente en forma de alteraciones del pensamiento, la percepción y la relación. Típicamente clasificados en alucinaciones (fenómenos perceptivos sin objeto) y delirios (alteraciones del contenido del pensamiento).

La psicosis puede derivar de un origen orgánico o psiquiátrico y según su clínica podemos orientar el diagnóstico y la subsecuente conducta.

|  |
| --- |
| Diferencias entre la psicosis de origen orgánico y psiquiátrico. |
| **Característica** | **Orgánica** | **Psiquiátrica** |
| Inicio  | Agudo | Gradual |
| Signos vitales  | Pueden ser anormales | Normales |
| Orientación  | Alterada | Intacta |
| Memoria reciente  | Alterada | Intacta |
| Habilidad intelectual  | Puede estar alterada | Intacta |
| Alucinaciones  | Visuales | Auditivas |

Las causas orgánicas de psicosis pueden derivar de trastornos médicos y de sustancias exógenas en niveles tóxicos, en las causas psiquiátricas tenemos como principales a la esquizofrenia, autismo y trastornos maniaco depresivos

|  |
| --- |
| Patologías que pueden causar psicosis orgánicas. |
| **Lesiones del SNC** | **Hipoxia cerebral** | **Endocrino metabólicos** | **Enfermedades sistémicas** | **Infecciones** |
| Tumor | Insuficiencia pulmonar  | Alteración de los electrolitos | Lupus E.D. | Malaria |
| Absceso cerebral | Anemia grave | Hipoglucemia |  |  |
| Hemorragia cerebral | Fallo cardiaco | Hipocalcemia |  |  |
| Meningitis o encefalitis | Intoxicación monóxido de carbono | Enfermedad tiroidea |  |  |
| Trauma craneal |  | Enfermedad adrenal |  |  |
|  |  | Uremia |  |  |
|  |  | Diabetes mellitus |  |  |

|  |
| --- |
| Sustancias que pueden causar psicosis. |
| Alcohol |
| Marihuana |
| Cocaína |
| Barbitúricos |
| Alucinógenos |
| Opioides |

**Evaluación de la psicosis**

Durante el examen fisco de rutina se debe prestar especial atención al contenido de la alucinación ya que es uno de los factores que ayuda a ubicar el origen de psicosis.

**Alucinaciones**: tipo (auditivas más frecuentes en cuadros psiquiátricos; visuales apunta a organicidad), frecuencia, contenido (imperativas, insultantes), impacto emocional (angustia) o conductual.

**Delirios**: contenido (persecutorios, de perjuicio, megalomaníacos), vivencias de robo o control del pensamiento.

**Síntomas** **psicomotrices**: agitación (ver apartado), inquietud, síntomas catatónicos (típicamente con gran inhibición psicomotriz, estupor, mutismo, negativismo, oposicionismo, flexibilidad cérea).

|  |
| --- |
| Diferencias entre psicosis y delirio |
| Psicosis | Delirios |
| Bien orientados y sin problemas de concentración,atención o memoria | Déficit de atención y concentración |
| Sin períodos de lucidez | Curso intermitente |
| Alucinaciones muy sistematizadas y complejas | Alteraciones cambiantes de la percepción, sobre todo alucinaciones visuales |

**MANEJO DE LA PSICOSIS**

En general los primeros episodios psicóticos suelen generar un ingreso en para estudios y diagnóstico, posterior tratamiento, en el caso de diagnóstico previo y descompensación aguda, el ingreso dependerá de la situación clínica (alteraciones de conducta, ideación suicida, alucinaciones de gran impacto emocional…) y del soporte familiar o social.

El medicamento de elección, un antipsicótico aprobado en niños y adolescentes es la **risperidona**; si bien, en la práctica se usan otros con buena tolerancia y eficacia.

**ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN MANIFESTARSE CON SÍNTOMAS**

**ORGÁNICAS**

Dentro de este apartado podemos encontrar 2 grupos fundamentales:

**Trastornos con manifestaciones somáticas:** trastornos que cursan con gran preocupación por el aspecto físico, síntomas físicos o enfermedad, en presencia de una buena salud y ausencia de hallazgos físicos patológicos. Igual frecuencia de sexos, salvo los trastornos de conversión que son casi exclusivos de las niñas.

* Somatizaciones: Gran fijación en sus síntomas sin preocupación por la posibilidad de enfermedad subyacente. Las quejas más frecuentes son la cefalea, astenia, dolor muscular y dolor abdominal.
* Trastornos de conversión. Se quejan de síntomas agudos, muchas veces neurológicos, que no tienen explicación fisiopatológica o son incongruentes. Las quejas más frecuentes son: vómitos, diarrea, retención urinaria, síncope, entre otras.
* Alteración de la percepción del dolor: dolor intenso que interrumpe las actividades diarias sin que pueda objetivar la causa, a menudo representa síntoma de ansiedad o depresión, puede haber familia sobre protectora o situación de abuso.

**Munchausen por poderes**

cuidador simula o produce enfermedades en el niño con el propósito de incrementar el contacto con los servicios médicos. Es una forma de abuso con altas de morbi-mortalidad, más frecuente en niños de 5 años y los hermanos están sometidos al mismo riesgo.

|  |
| --- |
| Efectos de fármacos psicotrópicos |
| **Fármaco** | **Ejemplo** | **Efecto secundario** |
| Antipsicóticos convencionales (neurolépticos, primera generación) | Haloperidol, Levomepromazina | Sedación, hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos (boca seca,visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento), toxicidad cardíaca,convulsiones, extrapiramidalismo. |
| Antidepresivos tricíclicos | Amitriptilina, Imipramina | Sedación, hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos, toxicidadcardíaca, convulsiones. |
| Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina | Fluoxetina, Sertralina | Agitación, hiperactividad neuromuscular, insomnio, pérdida de peso,cefalea, náuseas y diarrea. |
| Inhibidores de la MAO | Isocarboxazid, Hidracarbacina | Hipotensión postural, agitación, insomnio. |
| Litio | Carbonato de Litio | Náuseas, vómitos, diarrea, poliuria, síndrome nefrótico, toxicidadcardíaca, hipercalcemia, etc. |
| Carbamazepina | Tegretol, Carbatrol | Neurológicos (sedación, ataxia, disartria, diplopía, confusión, etc.),trastornos de la conducción cardíaca, hepatitis, discrasias sanguíneas |
| Valproato | Acido Valproico, Valcote | Náuseas, vómitos, diarrea, trombopenia, elevación de transaminasas,sedación, ataxia, hepatitis, eritema multiforme, pancreatitis. |
| Estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina) | Ritalin, Ritalina, Anfetaminas | Anorexia, insomnio, cefalea, mareo, irritabilidad, depresión,hepatotoxicidad. |