



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

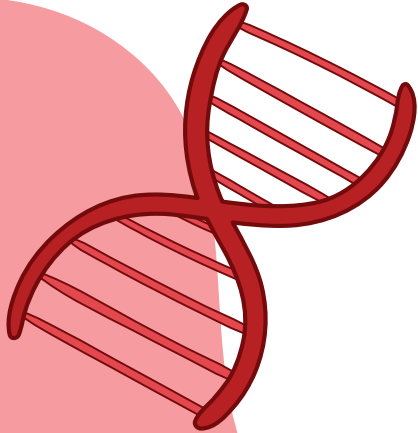


Psiquiatría de Emergencias. Manejo Inicial del paciente psiquiátrico descompensado.

DR. CHRISTIAN GARCÍA ROMÁN.
R4 EMERGENCIAS Y DESATRES

URG PSQ 10% DE LAS URG
HOSPITALARIAS

EL PSQ DE URG DEBE ESTAR AL DÍA
(ASPECTOS LEGALES Y TÉCNICOS)
PARA PODER ATENDER AL PACIENTE



Bibliografía: Kaplan H., Sadock B., Manual de Psiquiatría de Urgencias. Argentina -Buenos Aires .
Editorial Médica Panamericana (3)

Clínico

Perturbación

Malestar
atribuido a
causas
psíquicas

PACIENTE
CUIDADORES
P, SANITARIO

**INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA INMEDIATA**

**SOLUCIÓN NO SE PUEDE
DIFERIR**

ELEMENTOS



Paciente

- Estudio, exámenes, tto



Ambiente humano circundante

- Evaluado en su influencia



Ambiente físico

- Peligros o facilidades potenciales



Médico

Experto en resolver la urg

OBJETIVOS

1. PREVENIR Y DETECTAR DE SITUACIONES DE **RIESGO**:
 - ATENDER A LOS PROBLEMAS QUE COMPROMETAN LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE O DEL ENTORNO.
 - AMBIENTE SEGURO
 - PERSONAL SUFICIENTE
2. REALIZAR UNA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, CON **ENFERMEDADES NO PSIQUIÁTRICAS**.
3. **DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**
4. ESTABLECER UN **PLAN DE TRATAMIENTO Y/O DERIVACIÓN A OTRO DISPOSITIVO ASISTENCIAL**.

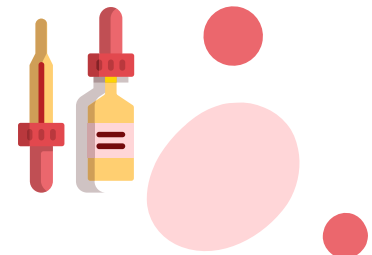
TIPOS DE INTERVENCIÓN



EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Sala de Urgencias

- Área de admisión
- Lugar de contención
- Centro de desintoxicación
- Consulta privada



PSIQUIATRA

Verdaderamente urgentes

Patologia que pueda esperar

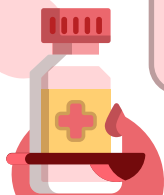
No psiquiátricos

TRIAGE



EFICIENTE
EFICAZ

ASISTIDOS CON
INMEDIATEZ



Servicio de Urgencias

Enfermería

C. Clínica
S.V

Psiquiatra

Enfermo
Personas
relacionadas

Derivarlo

Urgente
Preferente
No preferente

TIPOS DE INTERVENCIÓN EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Intervención verbal

La comunicación es primordial.

Debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.

Intervención farmacológica

Está referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos

Contención física

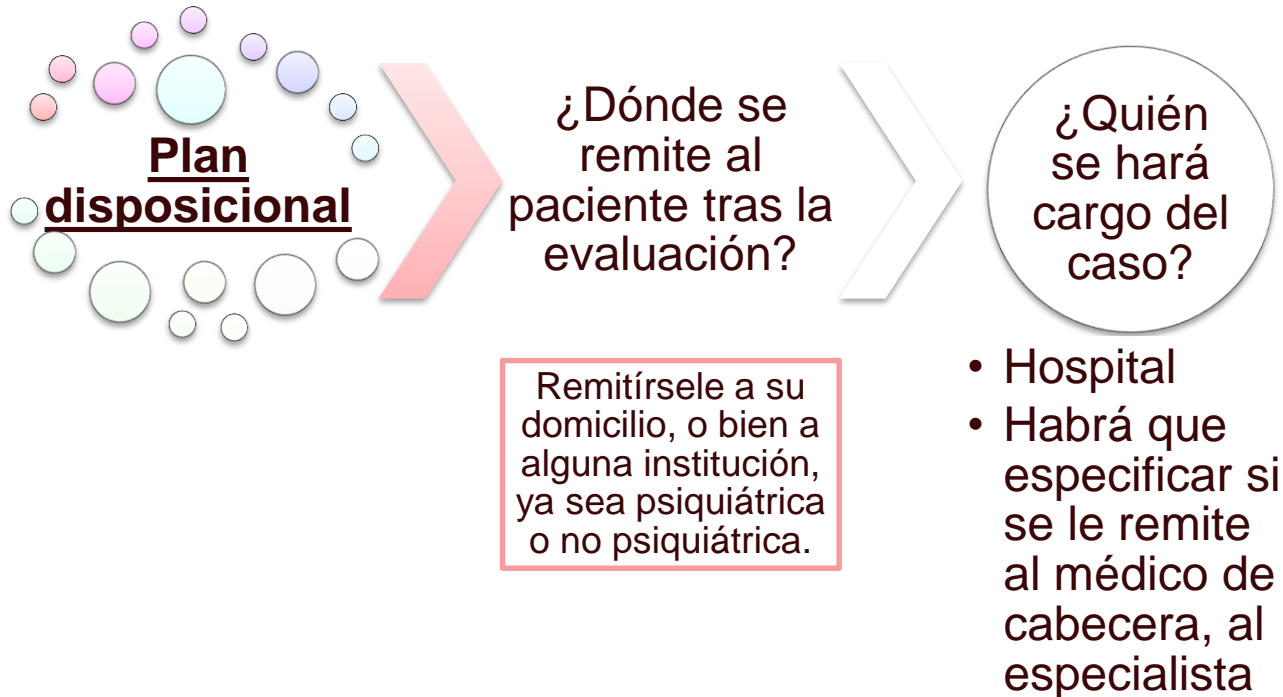
Implica la inmovilización del paciente por la fuerza humana o la sujeción mecánica.

Proteger al paciente de sí mismo o a terceros.

Solicitud de ayuda

Debe ser hecha sin demora, cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir.

NIVELES DE DECISIÓN



Historia

Exploración
psicopatológica

Entrevista
Psiquiátrica

Examen físico
sistemático

Pruebas
complementarias

CUIDADO

#40487614

Cuadro
orgánico

Suicidio
Homicidio

Expresión
psicógena

Riesgo de
agresión

ANAMNESIS
INDIRECTA

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

¿DÉFICIT
COGNOSCITIVO?

SI

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

- Síndrome Orgánico Cerebral Agudo (Delirium)
- Síndrome Orgánico Cerebral Crónico (Demencia)

No

¿PROBLEMAS POR
USO DE SUSTANCIAS?

SI

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
PRODUCIDOS POR EL USO DE SUSTANCIAS
PSICOTRÓPICAS?

- Intoxicación
- Consumo perjudicial
- Síndrome de dependencia
- Síndrome de abstinencia

No

¿SÍNTOMAS
PSICÓTICOS?

SI

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES

- Trastornos psicóticos crónicos
 - Esquizofrenia
 - Trastorno por ideas delirantes persistentes
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios

No

¿ALTERACIONES
DEL HUMOR?

SI

TRASTORNOS DEL HUMOR (Afectivos)

- Episodio maníaco
- Episodio depresivo
- Trastorno bipolar
- Trastorno depresivo recurrente
- Distimia

No

No

¿ANSIEDAD?

Si

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Fobias
- Trastornos de pánico
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés posttraumático
- Trastorno de ansiedad generalizada

No

¿SÍNTOMAS
SOMÁTICOS SIN
EXPLICACIÓN
MÉDICA?

Si

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE SE PRESENTAN CON SÍNTOMAS FÍSICOS

- Trastorno de somatización
- Trastorno hipochondríaco

Suicidio

Abordaje Verbal

General:

Actitud: serena, firme, segura y honesta.

Identificarse, explicar objetivos.

Preocuparse por las necesidades y transmitir que se intenta ayudarle.

Evitar conductas hostiles, desafiantes, amenazantes o irrespetuosas.

Específico:

Evitar o controlar reacciones de angustia.

–Insistir en la dimensión temporal (la tendencia suicida como crisis delimitada en el tiempo).

–Resaltar la ambivalencia de toda conducta (vivir vs.o morir como cuestión comprensible).

Evaluación del Riesgo Suicida (SAD Persons)

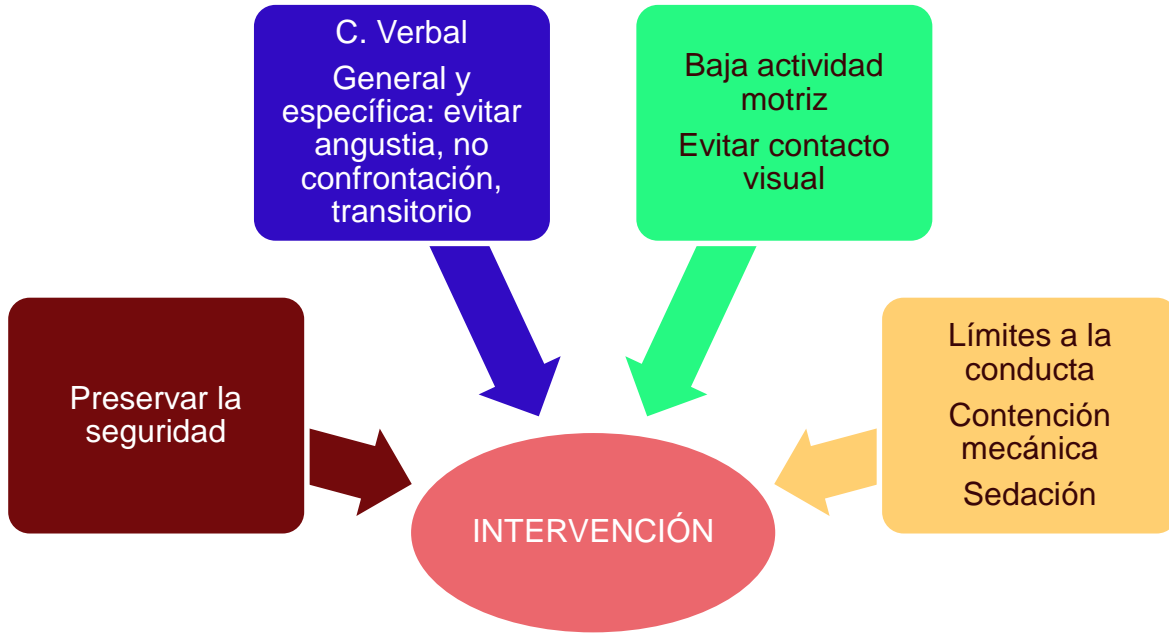
¿El paciente tiene ideación suicida?: SI → valorar (cada ítem positivo de los siguientes vale 1 punto):

- Sexo: varón.
- Edad: < 19 ó > 45 años.
- Depresión clínica.
- Intentos de suicidio previos.
- Abuso de alcohol.
- Trastornos cognitivos.
- Bajo soporte social.
- Plan organizado de suicidio.
- Sin pareja estable.
- Enfermedad somática.

Intervención:

- **0-2 puntos:**
 - Control en el domicilio con seguimiento ambulatorio
- **3-4 puntos:**
 - Seguimiento ambulatorio intensivo. Considérese el ingreso
- **5-6 puntos:**
 - Hospitalización si no hay control familiar adecuado
- **7-10 puntos:**
 - Hospitalización. Elevado riesgo de suicidio

Agitación psicomotriz



Preparación de espacio y personas

- El espacio diseñado para la seguridad
- El personal adecuado para el trabajo
- Personal adecuadamente entrenado
- Número adecuado de personal disponible.

ANSIEDAD

- INTERVENCIÓN EN CRISIS

DG

Dg diferencial

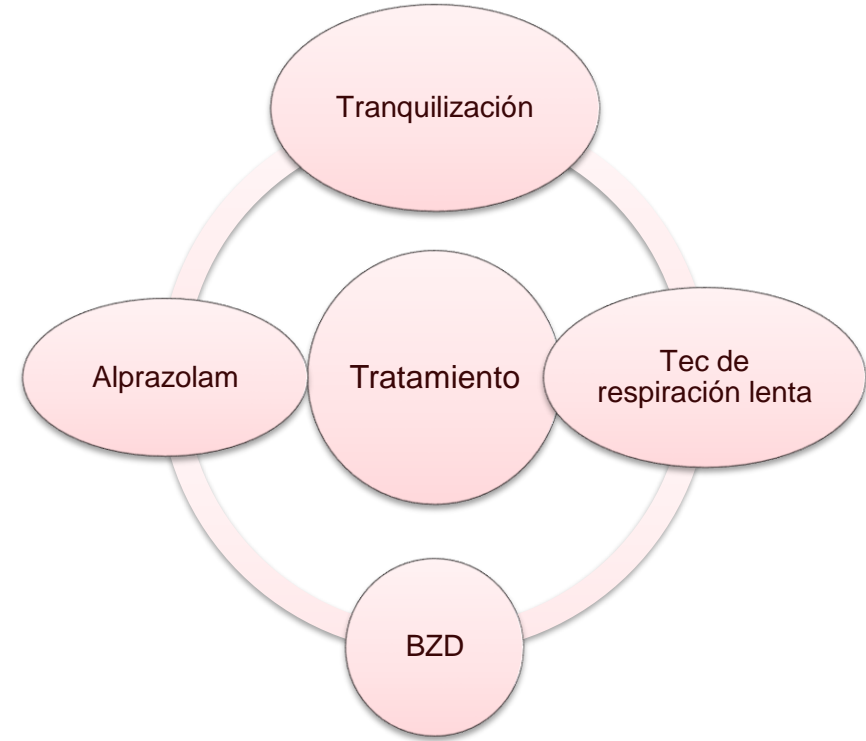
Exploración física

–ECG

–Gasometría

–Analítica :electrolitos, función tiroidea y detección de tóxicos

Descartar origen orgánico



TÓXICOS

Intoxicación

- Disregulación emocional
- Psicosis
- No farmacoterapia
- Agitación y psicosis (BZD y antipsicóticos)

Abstinencia

- No riesgo vital
- Alcohol y BZD: convulsiones
- Cocaína: disforia, ideación suicida
- Hospitalización

Situaciones especiales

SD NEUROLÉPTICO MALIGNO

- Antipsicóticos en exceso
- **rigidez muscular**, disfunción autonómica, **fiebre** y disminución del nivel de conciencia
- aumento de la CPK, rhabdomiolisis, acidosis metabólica y leucocitosis.

INTOXICACIÓN POR LITIO

- náusea, vómito, diarrea, debilidad, fatiga, letargia, confusión mental, convulsiones y, potencialmente coma.

PSICOSIS. LA CAUSA MAS FRECUENTE DE URGENCIAS. CARACTERISTICAS:



1. Delirios. Son alteraciones del contenido del pensamiento que deben tener las siguientes características:

a) Ser falsas.

b) Ser indiscutibles a cualquier argumentación lógica.

c) No derivarse directamente de otras manifestaciones psicopatológicas.

Las características principales de las psicosis:

2. Alucinaciones. Son percepciones sin objeto que surgen sin estímulo exterior y que se caracterizarían además por:

a) Tener un juicio de realidad alterado.

b) Independientes de la voluntad.

c) Poco o nada sensibles a la sugestión.



Las características principales de las psicosis:



3. SÍNDROME PSICOMOTOR CUYAS CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES SON:

a) Aquinesia/hiperquinesia: oscilación entre estados de quietud absoluta y otros de agitación psicomotriz sin relación aparente con el entorno.

b) Catalepsia: adopción durante períodos prolongados de posturas fijas.

d) Manierismos: gestos afectados, muecas y gesticulaciones inadecuados a la situación.

c) Obediencia automática/negativismo: estados que se alternan también sin reactividad aparente al entorno.

Las características principales de las psicosis:

4. Síntomas negativos

Disminución de la expresión emocional

Abulia

Alogia

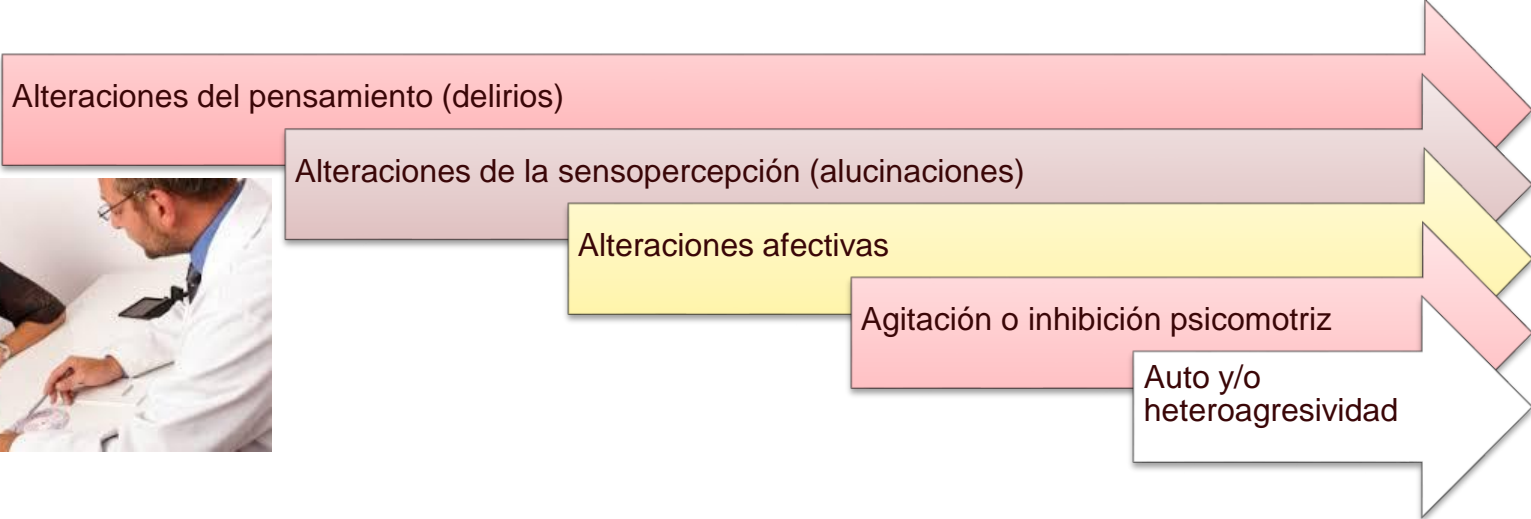
Anhedonia



Abordaje terapéutico del paciente psicótico

Motivo de consulta del paciente psicótico en urgencias

Prácticamente cualquiera de las alteraciones psicopatológicas que se conocen pueden ser motivo de consulta:



Alteraciones del pensamiento (delirios)

Alteraciones de la sensopercepción (alucinaciones)

Alteraciones afectivas

Agitación o inhibición psicomotriz

Auto y/o
heteroagresividad



Abordaje terapéutico del paciente psicótico

- ANAMNESIS
- EXAMEN PSICOPATOLÓGICO
- EXAMEN FÍSICO

Entre los aspectos útiles de interrogar se encuentran:

1. La presencia de episodios previos similares.

2. Antecedentes de consumo de sustancias.

3. Factores desencadenantes.

4. Tiempo de evolución del cuadro y fluctuación durante el día.

5. Conducta extraña o bizarra previa al inicio de la psicosis; si el paciente tiene historia de ser aislado, retraído

6. Antecedentes familiares de esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión o demencia.

7. Retiro abrupto de medicamentos psicotrópicos.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



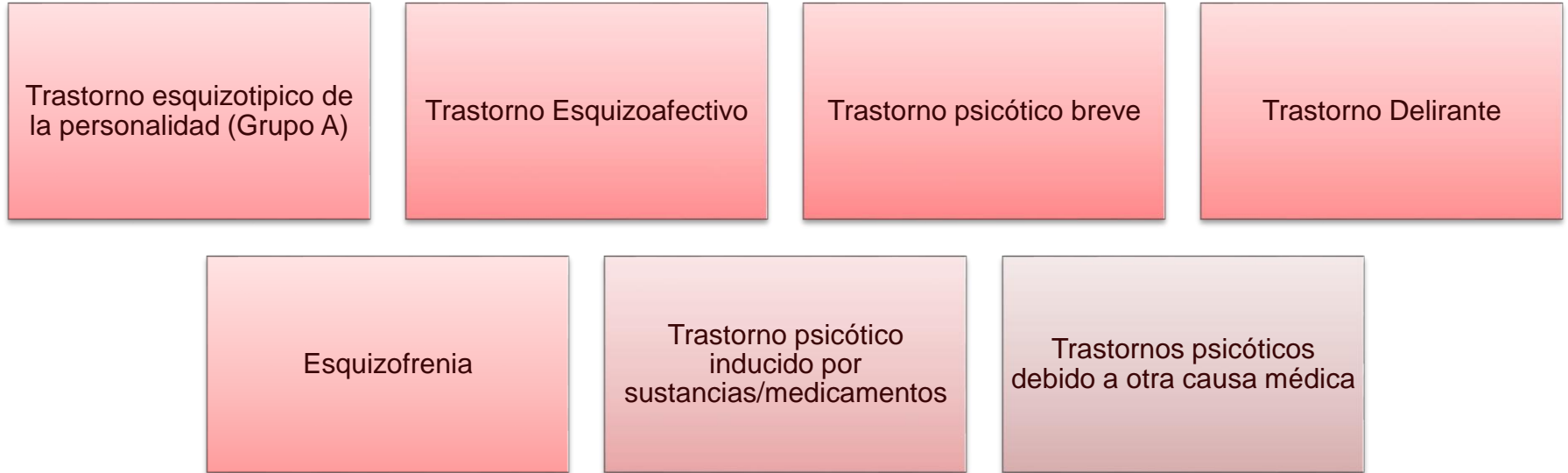
PRIMERA LINEA

- Examen neurológico
- BH Completa
- Química sanguínea
- Electrolitos
- Pruebas tiroideas
- Función Hepática
- **PRUEBA DE DETECCION URINARIA DE TÓXICOS**

SEGUNDA LINEA

- TAC O RM
- PUNCION LUMBAR
- Autoanticuerpos

ESTABLECER LA ETIOLOGÍA DEL EPISODIO PSICÓTICO



ESTABLECER LA ETIOLOGÍA DEL EPISODIO PSICÓTICO

• Urgencias por abuso de drogas

- Fenciclidina (PCP) y alucinógenos: intoxicación aguda y *flashbacks*
- Consumo de anfetaminas y psicoestimulantes
- Consumo de marihuana, con reacción de angustia
- Abstinencia alcohólica, sobre todo con alucinosis
- Abstinencia de hipnoticosedantes

• Otros fármacos tóxicos y exposición a sustancias tóxicas

- Anticolinérgicos, incluidos los fármacos y algunas plantas y setas silvestres
- Glucocorticoides y hormona adrenocorticotropa
- Toxicidad digital
- Levodopa y otros agonistas de la dopamina
- Isoniacida
- Metales pesados
- Disulfuro carbónico

• Desequilibrios metabólicos

- Hipoglucemia
- Encefalopatía hepática precoz
- Porfiria aguda intermitente
- Síndrome de Cushing y, rara vez, enfermedad de Addison
- Hipocalcemia e hipercalcemia
- Hipotiroidismo e hipertiroidismo
- Pancreatitis aguda
- Síndromes paraneoplásicos

• Deficiencias nutricionales

- Insuficiencia de tiamina (síndrome de Wernicke-Korsakoff)
- Insuficiencia de niacina (pelagra)
- Insuficiencia de vitamina B12

• Enfermedades neurológicas

- Encefalitis, meningitis y absceso cerebral
- Neurosífilis
- Lupus
- Enfermedad de Wilson
- Enfermedad de Huntington
- Crisis epilépticas parciales complejas
- Enfermedad vascular cerebral
- Neoplasia del sistema nerviosa central
- Enfermedad de Alzheimer
- Encefalopatía hipóxica

Determinar la actitud a seguir en función de la naturaleza del episodio actual:

A) CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA:

EL PACIENTE CONSTITUYE UNA AMENAZA PARA SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS.

LA ACTIVIDAD PSICÓTICA ES INTENSA Y GENERA IMPORTANTE ANGUSTIA.

AUSENCIA DE APOYO SOCIOFAMILIAR Y OTRAS EMERGENCIAS PSICOSOCIALES.

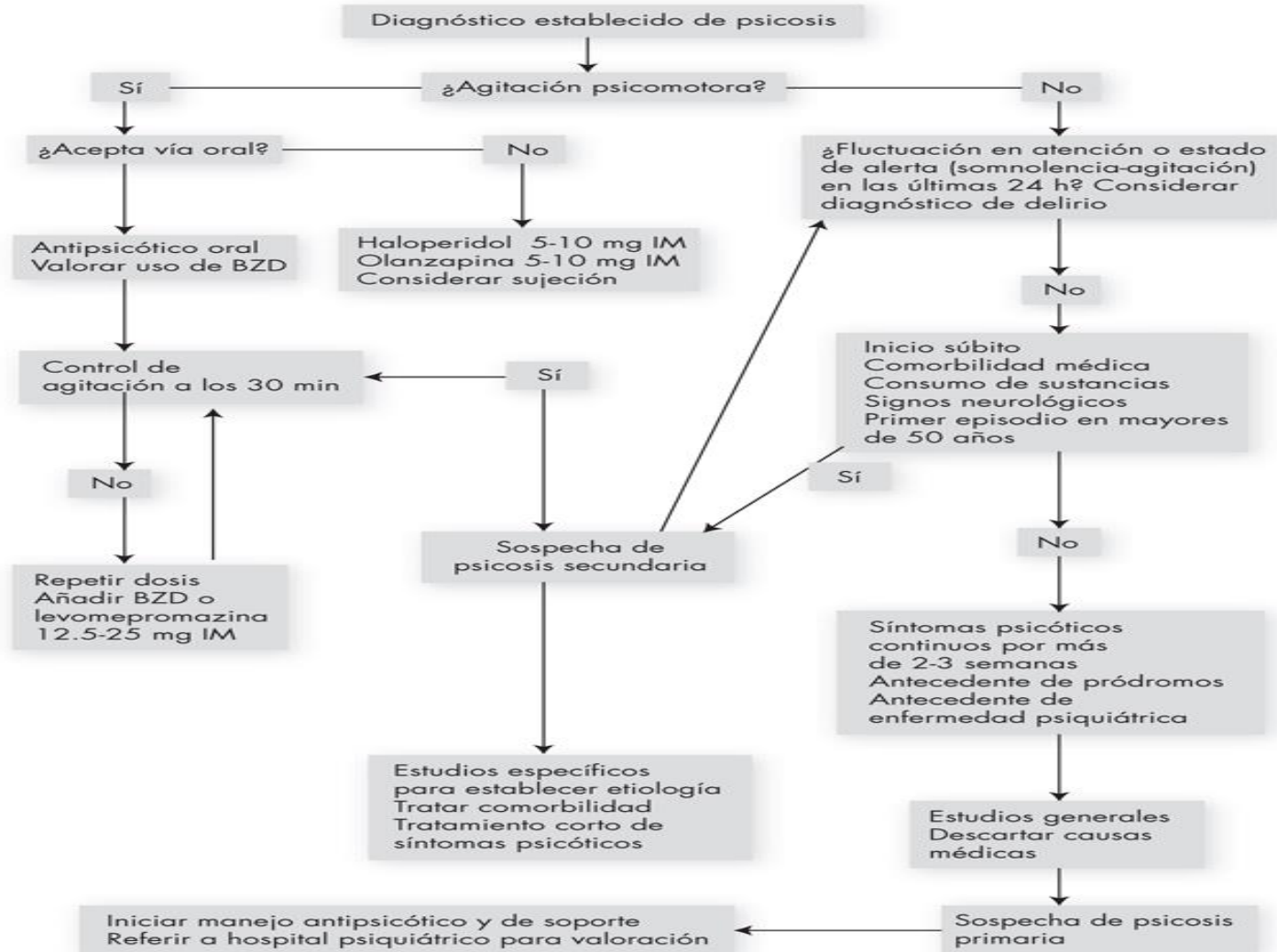
DUDOSO CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO, FRACASO TERAPÉUTICO O NECESIDAD DE EMPLEO DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS NO DISPONIBLES EN LOS RECURSOS AMBULATORIOS.

Factores a tener en cuenta de cara a valorar el tratamiento ambulatorio:

- Existencia de apoyo familiar.
- Ausencia de comorbilidad con consumo de tóxicos.
- Historia de buen cumplimiento AL TRATAMIENTO.
- RESPUESTA adecuada a fármacos en episodios previos.
- Ausencia de riesgo autoagresivo o heteroagresivo.
- Existencia de un CENTRO asistencial ambulatorio flexible y con capacidad de intervenir precozmente.



FLUJO DE INTERVENCIÓN EN URGENCIAS



PAUTAS DE TRATAMIENTO

1. El tratamiento depende de la causa o el diagnóstico.

2. Si el paciente se encuentra tranquilo y cooperador, se puede iniciar un antipsicótico por vía oral y si existe ansiedad se puede combinar con una benzodiacepina.

3. Si el paciente coopera poco o no coopera para la ingesta de los medicamentos o se encuentra agresivo, la primera opción será el uso parenteral de benzodiacepinas y/ o antipsicóticos

3. Considere el uso de un solo antipsicótico

4. Considere los antipsicóticos de segunda generación, a dosis bajas.

TRATAMIENTO

Risperidona (Risperdal) (Risperdal consta)®I.M	4-16 25-50	1-2 hrs 20 min.	24 hrs 2 semanas I.M	Tabletas de 1, 2 y 3 mg Solución oral de 1 mg/ml Solución inyectable de 25 y 37.5 mg/I.M	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales a dosis bajas. Iniciar con dosis de 0.5 a 1 mg, sobre todo en pacientes geriátricos. Posibilidad de alteraciones metabólicas
Olanzapina (Zyprexa)® Olanzapina	10-20 10-30	5-8 hrs 10-20 min	33 hrs 12-24 hrs	Tabletas de 5 y 10 mg 10 mg/Liofilizado	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales. Posibilidad de alteraciones metabólicas.
Ziprazidona (Geodón)® Ziprasidona I.M	40-160 10-80	4-6 hrs 15 minutos I.M	24 hrs 2-3 hrs	Tabletas 40, 60 y 80 mg. Solución inyectable 20 mg/ml/I.M	Puede administrarse en pacientes con alteraciones hepáticas leves a moderadas. Puede prolongar el intervalo QT.No alteraciones metabólicas con uso crónico
Aripiprazol (Abilify)®	15-30 mg	3-5 hrs	24 hrs	Tabletas 10,15,20,30 mg	Puede ocasionar cefalea, ansiedad e insomnio. No alteraciones metabólicas con uso crónico
Quetiapina (Seroquel)®	50-800 mg	5-7 hrs	24 hrs	Tabletas 25,100,150,200,300 mg	Puede ocasionar vértigo, boca seca, somnolencia, hipotensión

TRATAMIENTO

	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentación disponible en México	Observaciones
Haloperidol oral (Haldol, Haloperil)® Haloperidol I.V o I.M	1-40 2.5-60 mg	2-6 hrs V.O. 20 min. I.M. 3-5 min I.V	24 hrs V.O. 21 hrs I.M./I.V	Tabletas de 5 y 10 mg Gotas con 2 mg/ml ó 0.1 mg/gota Solución inyectable de 2mg/ml	Antipsicótico típico, mayor posibilidad de ocasionar efectos extrapiramidales. Antipsicótico con mayor experiencia en pacientes con comorbilidades médicas y trastornos psicóticos. Puede ocasionar alargamiento del intervalo QTc y Torsades de Pointes.
Levomepromazina (Sinogan)® Levomepromazina I.M	25-300	1-3 hrs V.O. 30 a 90 min por vía I.V.	10-20 hrs	Comprimidos de 25 mg Solución inyectable de 25 mg	Efecto sedante intenso. Hipotensión ortostática frecuente.

CONCLUSIONES

BUEN ABORDAJE INICIAL

SALVAGUARDAR LA VIDA DE PACIENTE,
FAMILIARES Y PERSONAL DE SALUD

DERIVACION AL AMBIENTE ADECUADO
HASTA INTERVENCIÓN DE ESPECIALISTA

