



**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 SUFFICIENTE
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

Verbal

Farmacológica

Contención  
física

Solicitud de  
ayuda



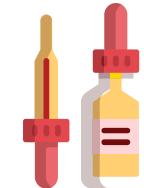
# EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

## Sala de Urgencias

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



## PSIQUIATRA



Verdaderamente urgentes

Patología que pueda esperar

No psiquiátricos



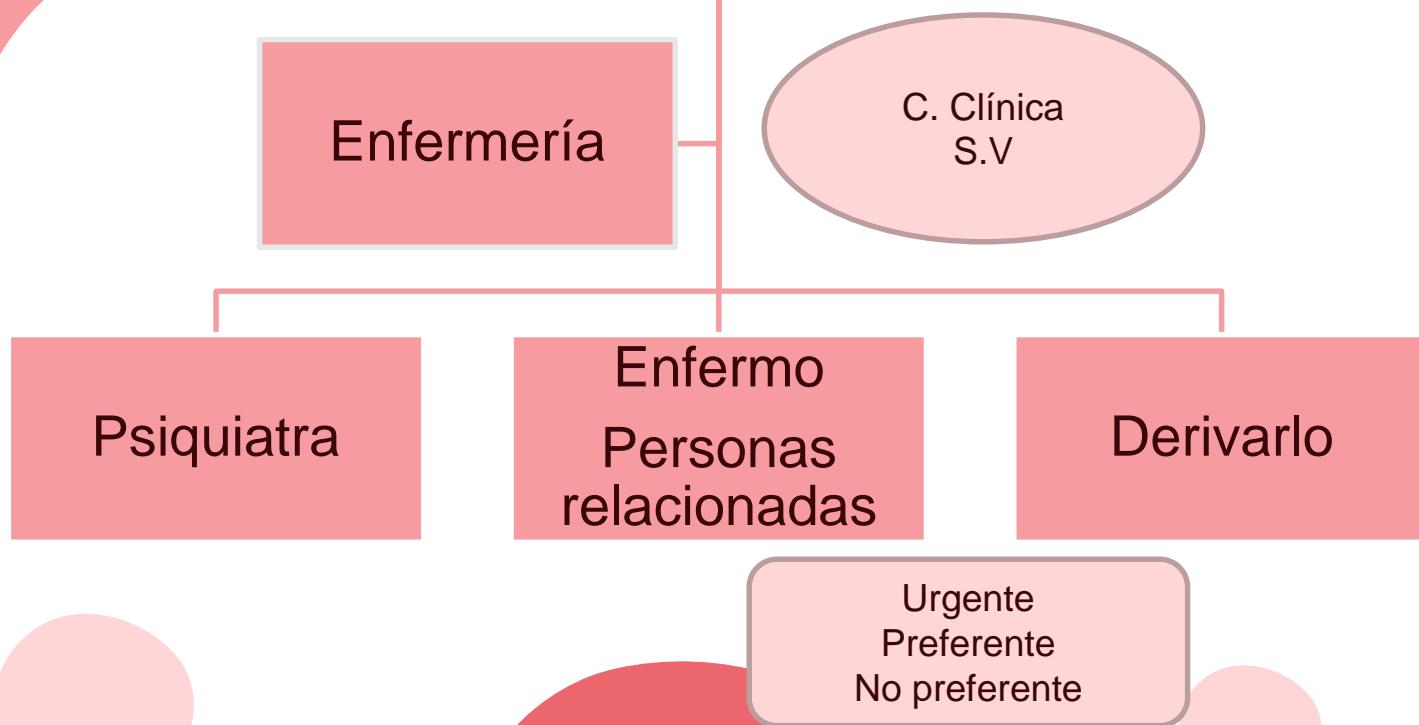
TRIAGE

EFICIENTE  
EFICAZ

ASISTIDOS CON  
INMEDIATEZ



# Servicio de Urgencias



# 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

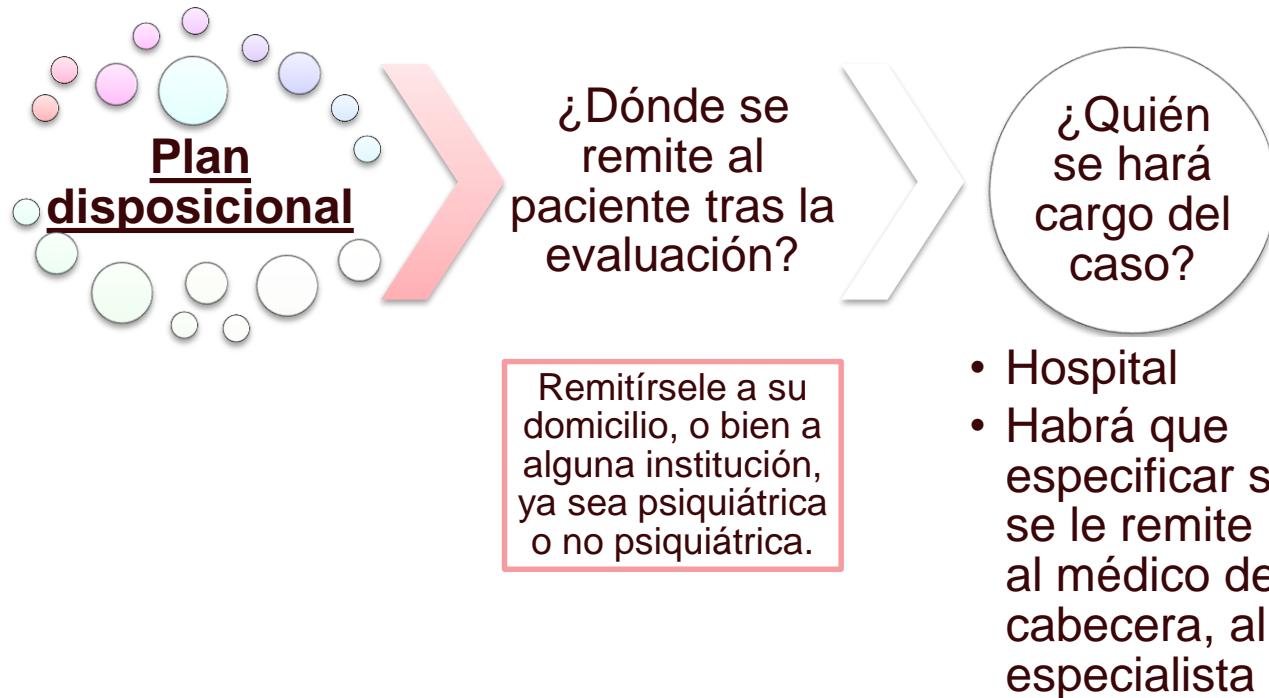
Implica la inmovilización del paciente por la fuerza humana o la sujeción mecánica.

## 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.

Proteger al paciente de sí mismo o a terceros.

# NIVELES DE DECISIÓN



**Historia**

**Exploración  
psicopatológica**

**Entrevista  
Psiquiátrica**

**Examen físico  
sistemático**

**Pruebas  
complementarias**



Cuadro  
orgánico

Suicidio  
Homicidio

Expresión  
psicógena

Riesgo de  
agresión

ANAMNESIS  
INDIRECTA

# EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA



ANSIEDAD?

Si

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

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

No

¿SÍNTOMAS  
SOMÁTICOS SIN  
EXPLICACIÓN  
MÉDICA?

Si

### TRASTORNOS PSQUIATRICOS QUE SE PRESENTAN CON SÍNTOMAS FÍSICOS

- Trastorno de somatización
- Trastorno hipocondriaco

# 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)

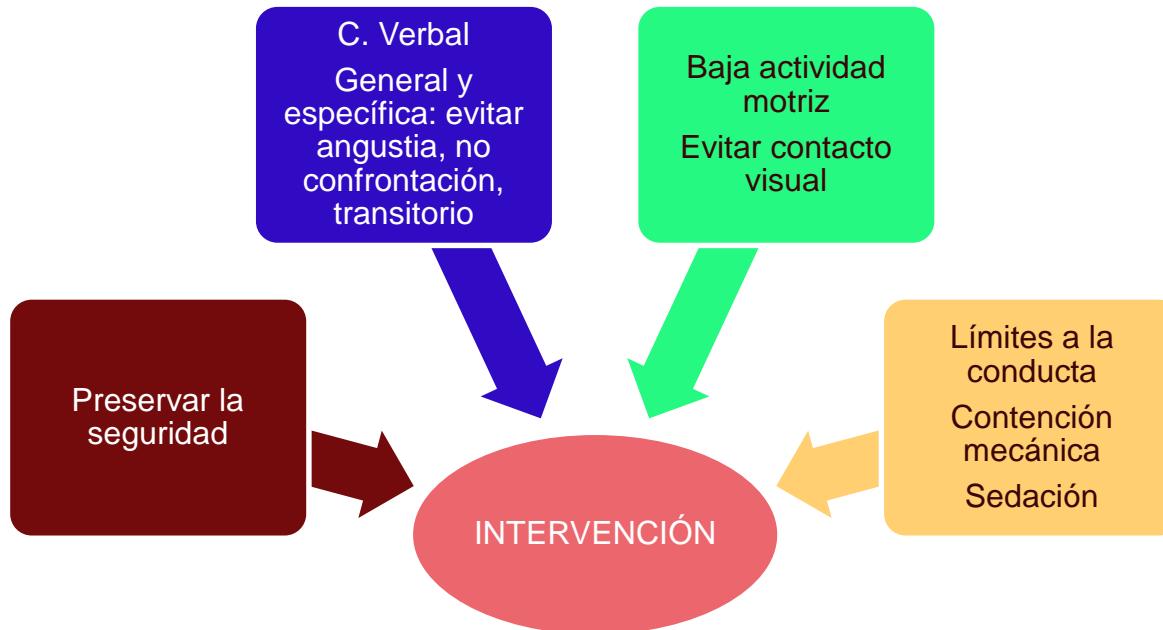
**¿El paciente tiene ideación suicida?: SI → valorar (cada ítem positivo de los siguientes vale 1 punto):**

- 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

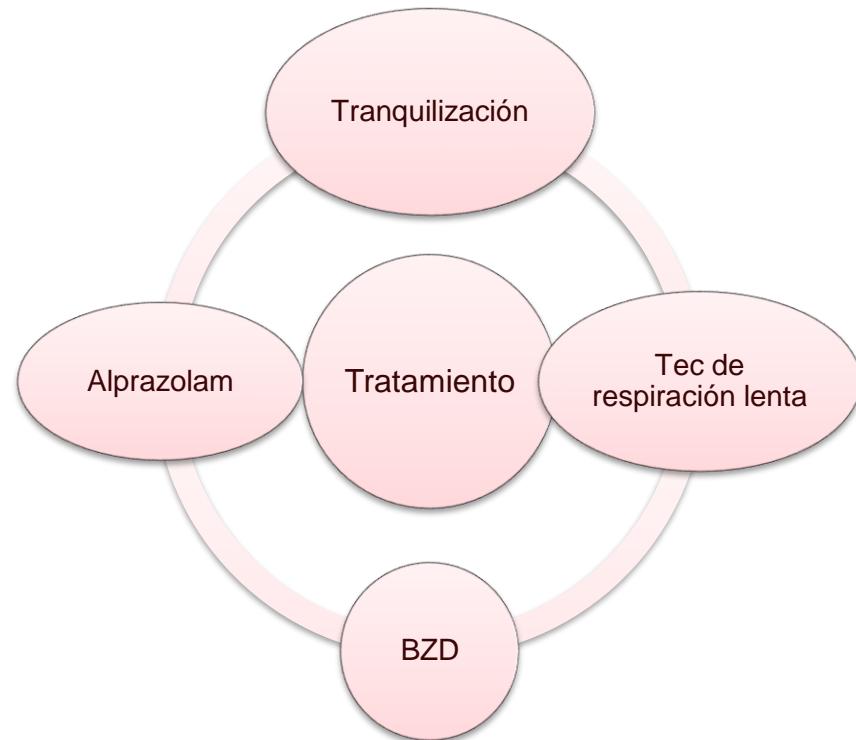
- INTERVENCIÓN EN CRISIS

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.

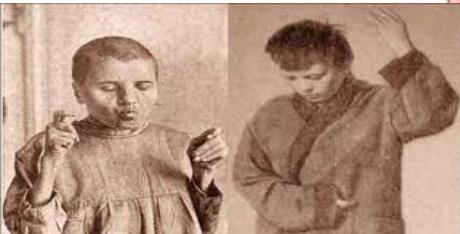
b) Independientes de la voluntad.

c) Poco o nada sensibles a la sugestión.



Visto en Gifsdivertidos.com

# 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:

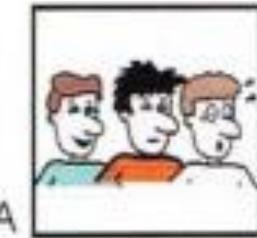
4. Síntomas negativos

Disminución de la expresión emocional

Abulia

Alogia

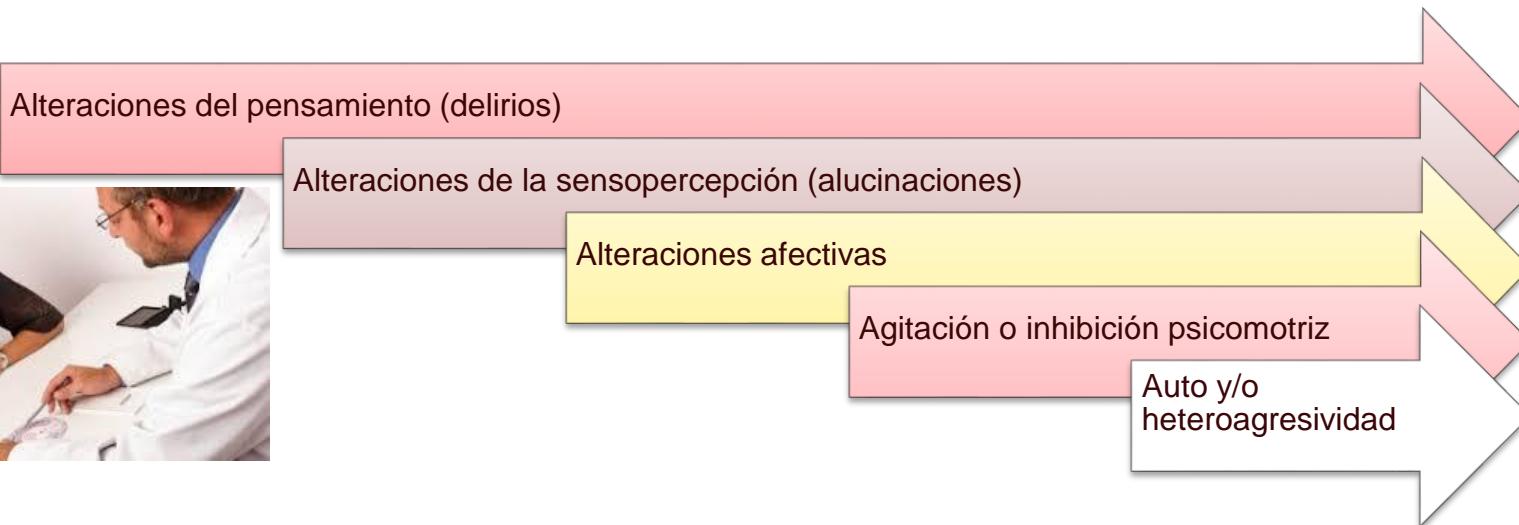
Anhedonia



# 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:



# Abordaje terapéutico del paciente psicótico

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.

- ANAMNESIS
- EXAMEN PSICOPATOLÓGICO
- EXAMEN FÍSICO



# 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

Trastorno esquizotípico de la personalidad (Grupo A)

Trastorno Esquizaafectivo

Trastorno psicótico breve

Trastorno Delirante

Esquizofrenia

Trastorno psicótico  
inducido por  
sustancias/medicamentos

Trastornos psicóticos  
debido a otra causa médica

# 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 nervioso 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.

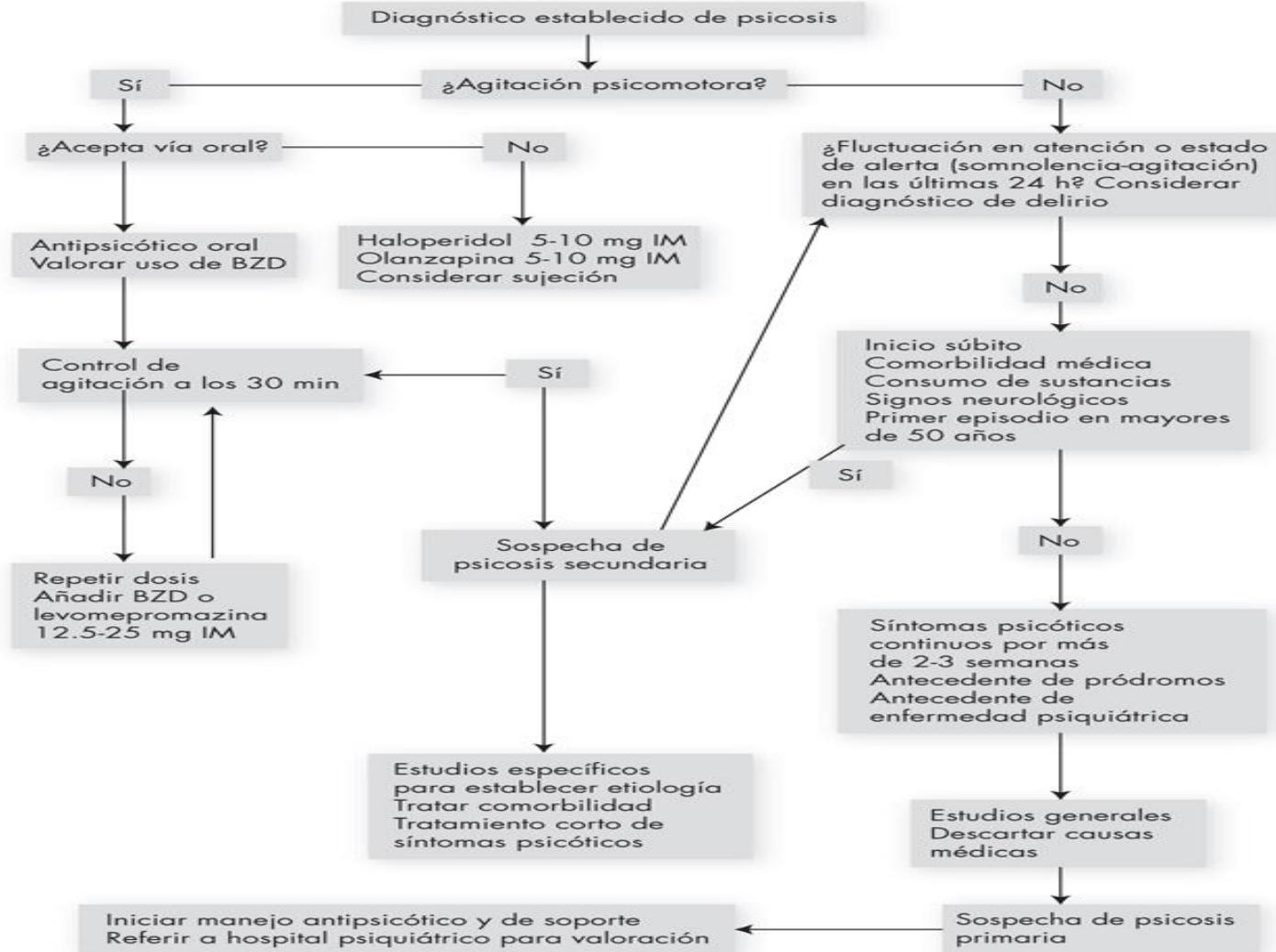
DUDOSO CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO, FRACASO TERAPÉUTICO O NECESIDAD DE EMPLEO DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS NO DISPONIBLES EN LOS RECURSOS AMBULATORIOS.

# **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

<b>Risperidona (Risperdal) (Risperdal consta)®I.M</b>	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
<b>Olanzapina (Zyprexa)® Olanzapina</b>	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.
<b>Ziprasidona (Geodon)® Ziprasidona I.M</b>	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
<b>Aripiprazol (Abilify)®</b>	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
<b>Quetiapina (Seroquel)®</b>	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
<b>Haloperidol oral (Haldol, Haloperil)®</b> <b>Haloperidol I.V o I.M</b>	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 extrapiiramidales. Antipsicótico con mayor experiencia en pacientes con comorbilidades médicas y trastornos psicóticos. Puede ocasionar alargamiento del intervalo QTc y Torsades de Pointes.
<b>Levomepromazina (Sinogan)®</b> <b>Levomepromazina I.M</b>	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

