



Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

servicio de psiquiatría
unidad docente de psiquiatría

Urgencias Psiquiátricas

Antonio Gil Flores
R3 de Psiquiatría
7 de junio de 2017



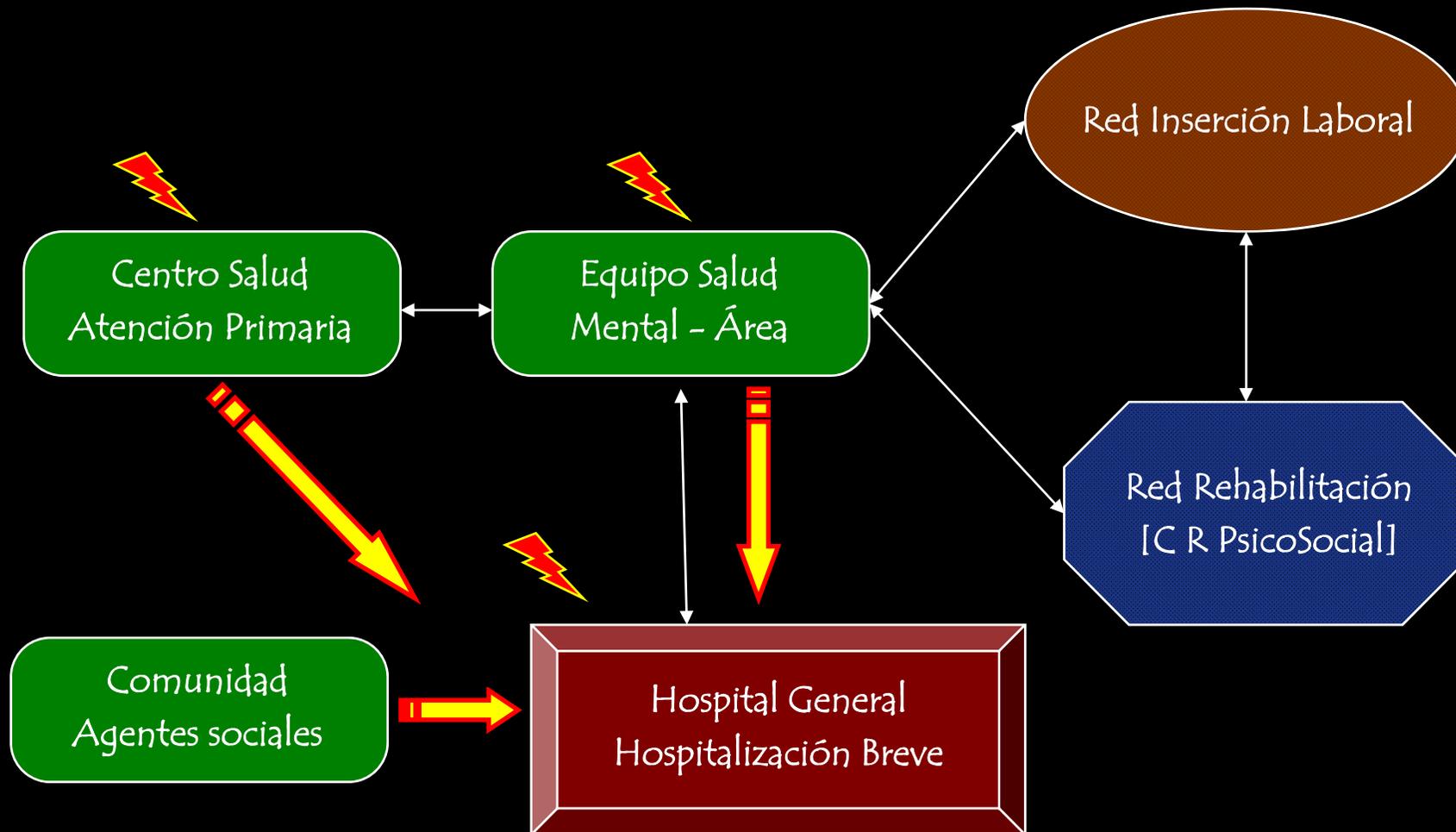
Urgencias Psiquiátricas

- Introducción.
- Historia Clínica Psiquiátrica.
- Funciones del Médico de Urgencias:
 - a) Datos sugerentes de organicidad.
 - b) Criterios generales de derivación.
- Síndromes Clínicos:
 - 1. Agitación.
 - 2. Depresión – Suicidio.
 - 3. Crisis Ansiedad.
 - 4. Psicosis.
 - 5. Relacionados uso psicofármacos.



u
r
g
e
n
c
i
a
s

p
s
i
q
u
i
á
t
r
i
c
a
s





Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

servicio de psiquiatría
unidad docente de psiquiatría

u
r
g
e
n
c
i
a
s

p
s
i
q
u
i
á
t
r
i
c
a
s

Servicio Urgencias Hospital Infanta Cristina Urgencias Psiquiátricas

Área Salud Badajoz



Red Atención Salud Mental – Área Salud Badajoz

- Centros de Salud – Atención Primaria
- 4 Equipos de Salud Mental:
 - Badajoz I – “Ciudad Jardín”
 - Badajoz II – “Valdepasillas”
 - Jerez de los Caballeros
 - Montijo
 - Infanto – Juvenil (dispositivo tercer nivel; provincial)
- Centro Rehabilitación Psicosocial (Badajoz)
- Unidad de Media Estancia / Rehabilitación Hospitalaria (Mérida)
- Pisos tutelados



En el Servicio Urgencias HIC

- Atender la patología psiquiátrica por la que se consulte.
- Valoración y Tratamiento:
 - 1º Indicación de evaluación psiquiátrica urgente ⇒ Psiquiatra Guardia
 - 2º Remitir a:
 - Médico de Atención Primaria
 - y/o
 - Equipo de Salud Mental de Zona

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

DEFINICIONES DE URGENCIA PSIQUIÁTRICA:

- “Aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente”.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA URGENTE:

- El **objetivo** de la evaluación psiquiátrica urgente es la valoración oportuna del paciente en crisis que permita realizar una *orientación diagnóstica inicial*, establecer las *necesidades inmediatas* y comenzar el *tratamiento* o remitir al sujeto a un espacio diagnóstico-terapéutico más apropiado.

HISTORIA CLÍNICA:

- Motivo de consulta:
 - ¿por qué acude **hoy**?
- Antecedentes personales somáticos:
 - AQHED.
- Antecedentes personales psiquiátricos:
 - diagnósticos.
 - inicio de la enfermedad.
 - seguimiento.
 - tratamiento actual y cumplimentación.
 - ingresos previos.
- Antecedentes familiares somáticos y psiquiátricos.
- Situación socio-familiar: genograma, situación laboral,...
- Historia de la enfermedad actual.
- Exploración física (neurológica) y pruebas complementarias.
- Exploración psicopatológica (Examen Mental).

EXPLORACIÓN MENTAL

- **CONCIENCIA.**
- **ORIENTACIÓN.**
- **COLABORACIÓN.**
- **MEMORIA.**
- **ATENCIÓN.**
- **CONCENTRACIÓN.**
- **CONTACTO.**
- **ASPECTO.**
- **PSICOMOTRICIDAD.**

EXPLORACIÓN MENTAL

- ANSIEDAD Y CORRELATOS SOMÁTICOS.
- ESTADO DE ÁNIMO.
- SUICIDIO/HETEROAGRESIVIDAD.
- DISCURSO.
- CURSO DEL PENSAMIENTO.
- CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.
- SENSOPERCEPCIÓN.
- APETITO, SUEÑO Y SEXUALIDAD.

EXPLORACIÓN MENTAL

- **RASGOS DEL CARÁCTER.**
- **JUICIO.**
- **INTROSPECCIÓN.**
- **FIABILIDAD.**

FUNCIÓN DEL MÉDICO DE URGENCIAS:

Habrán que plantearse tres objetivos o funciones:

1. Primera valoración del paciente

DESCARTAR ORGANICIDAD

Datos sugerentes de organicidad:

- Comienzo agudo.
- Ausencia de antecedentes personales psiquiátricos.
- Personalidad previa bien adaptada.
- Tercera edad.
- Atipicidad del cuadro.
- No evidencia de situaciones estresantes precipitantes.
- Enfermedad médica o lesiones intercurrentes.
- Consumo de sustancias.
- Alteraciones senso-perceptivas distintas de alucinaciones auditivas.
- Síntomas neurológicos (pérdida de conciencia, convulsiones, TCE...).
- Signos clásicos en el estado mental (obnubilación, desorientación, memoria afectada, alteraciones de la atención-concentración...).
- Resistencia al tratamiento.
- Exploraciones orgánicas positivas.

FUNCIÓN DEL MÉDICO DE URGENCIAS:

2. Valorar tratamiento y la necesidad de derivación a atención primaria o especializada.

3. Considerar derivación a atención especializada:
 - a) urgente
 - b) no urgente o programada

Criterios generales de valoración psiquiátrica urgente

1. Riesgo suicida: Presencia de ideas o gestos suicidas.

2. Alteraciones de la conducta:
 - a) Conducta alucinatoria.
 - b) Verbalización de ideas delirantes.
 - c) Agitación / Heteroagresividad.

SITUACIONES CLÍNICAS URGENTES:

- 
- **Agitación psicomotriz**
 - Suicidio
 - Crisis de ansiedad

DEFINICIÓN:

- “Estado de **actividad motora** persistente, excesiva e inapropiada que se manifiesta por la presencia de **movimientos, gestos e impulsos** de carácter automático o intencional, si bien en general carecen de un objetivo estable común; este estado puede ir acompañado de una **respuesta afectiva exaltada** (*ansiedad, cólera, pánico o euforia*), **desinhibición verbal** (*voces, gritos, amenazas*) y una **falta de conexión ideativa**. Todo ello supone, **potencialmente**, un **peligro** tanto para el propio paciente como para terceras personas y el entorno, ya que la conducta puede ser impulsiva, negligente, desordenada o arriesgada”.

Actitud a seguir en la agitación psicomotriz:

- **Protección** del paciente, el médico y terceros:
“más vale prevenir”.
 - Conocer la posible patología del paciente (atención ante pacientes psicóticos, con intoxicación de alcohol o drogas y borderline).
 - Valorar la conveniencia de que esté presente durante la entrevista otro compañero, un celador o personal de Seguridad.
- **Obtención rápida de información** por el paciente o acompañantes.
- **Juicio sindrómico.**
- **Tratamiento.**

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

I. urgente
M. seguridad

Sospecha de organicidad

SÍ

Tóxicos o fármacos

Sí

No

F. R. médico-qx

Sí

No

Sd. confusional
agudo

Agitación sin
confusión

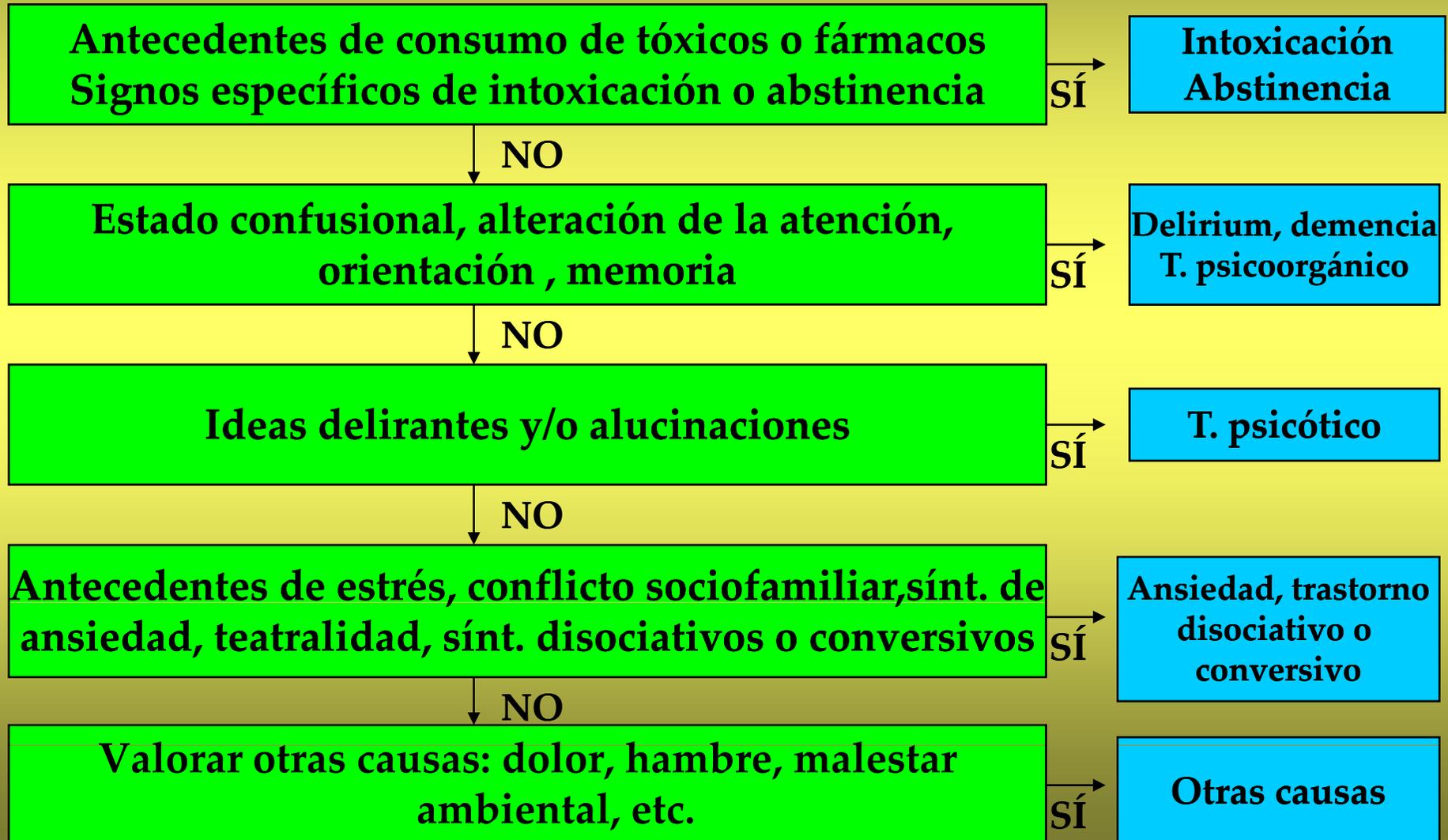
Pensar en patol.
psiquiátrica

NO

Psicótico

No psicótico

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA AGITACIÓN:



ABORDAJE Y MEDIDAS DE SEGURIDAD:

1. Salvaguardar la propia integridad y la del equipo.
2. Mantener distancia de seguridad.
3. Mantener vía de salida abierta, permaneciendo de pie si es necesario. Evitar la observación de curiosos y reducir la estimulación sensorial.
4. Solicitar ayuda de celadores, seguridad, FOP (tienen la obligación de prestar ayuda).
5. Quitar del alcance del paciente posibles objetos auto o heterolesivos (liberar la sala de objetos contundentes).
6. Evitar el abordaje en lugares no adecuados.
7. Si se sospecha la posesión de un arma, interrumpir la entrevista; no discutir; avisar a seguridad.

SIGNOS DE VIOLENCIA INMEDIATA:

- Actos de violencia previos.
- Amenazas verbales o físicas.
- Posesión de armas.
- Agitación psicomotriz progresiva.
- Intoxicación por alcohol u otras sustancias.
- Rasgos paranoides.
- Alucinaciones auditivas imperativas violentas.
- Patología orgánica-cerebral.
- Excitación catatónica.
- Ciertos episodios maníacos.
- Ciertos episodios de depresión con agitación.
- Trastornos de personalidad (*ira, violencia, falta de control de impulsos*).

CONTENCIÓN FÍSICA:

➤ Restricción de movimientos

- Objetivos:
 - Reducir el riesgo de auto / heteroagresividad.
 - Favorecer la administración de tratamientos, traslado.
 - Impedir la manipulación de vías.
 - Evitar la fuga.
- Es una indicación facultativa.
- Participa todo el personal sanitario de enfermería con ayuda de celadores, miembros de Fuerzas de Orden Público.

CONTENCIÓN FÍSICA:

- Suelen ser necesarias entre 4 – 6 personas.
- Informar al paciente del procedimiento que se va llevar a cabo.
- Delimitar composición del equipo y la función de cada uno.
- Utilizar correas adecuadas.
- Sala aislada del resto de pacientes y familiares.
- Sujetar entre 2 y 5 puntos.

CONTENCIÓN FÍSICA:

- Cuidar que no pueda golpearse con cama.
- Comprobar que no disponga de objetos peligrosos.
- Asegurar una correcta hidratación del paciente, evitar rabdomiolisis.
- Indicar vigilancia estrecha, cada 15 minutos.
- Control de constantes vitales.

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA:

Valium® (diazepam)

VO 5, 10 mg / IM 10 mg

10-30 mg

Tranxilium®
(clorazepato)

VO 10, 50 mg / IM 20, 50 mg

25-75 mg

Haloperidol®

50 gts = 1 amp = 5 mg

5-10 mg

Sinogan®
(levomepromacina)

VO 25, 100 mg / IM 25 mg

25-100 mg

Zyprexa® (olanzapina)

VO 5, 10 mg

10-20 mg

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

I. urgente
M. seguridad

Sospecha de organicidad

SÍ

Tóxicos o fármacos

SÍ

No

F. R. médico-qx

SÍ

No

Sd. confusional
agudo

Agitación sin
confusión

Pensar en patol.
psiquiátrica

NO

Psicótico

No psicótico

DELIRIUM

- Alteración de la conciencia y cambio en la cognición que no se explica por la presencia de una demencia previa. Se desarrolla durante un breve período de tiempo, fluctuante. Hay evidencia en los antecedentes, el examen físico, o los datos de laboratorio, de que la entidad obedece a alguna etiología orgánica.
- Mortalidad:
 - 20% sin tratamiento
 - 5-10% con tratamiento.

DELIRIUM:

- El tratamiento empieza por la **prevención**.
- Historia clínica completa, incluyendo **consumo de alcohol y sustancias**.
- En caso de duda, preguntar a **familiares**.
- **Aislamiento**, cambio de medio o deprivación sensorial puede ser causa de delirium.

ETIOLOGÍA DEL DELIRIUM:

- **Infección:** encefalitis, VIH, meningitis, sepsis...
- **Withdrawal** (abstinencia): alcohol, barbitúricos, BZD...
- **Agudo metabólico:** acidosis, alcalosis, fallo hepático/renal, desequilibrio electrolítico.
- **Traumatismo:** TCE, golpe de calor, postoperatorio, quemaduras graves.
- **CNS (SNC) patología:** abscesos, hemorragia, hidrocefalia...
- **Hipoxia:** anemia, intoxicación por CO, hTA, fallo cardíaco, pulmonar.
- **Deficiencias:** vitB12, á. fólico, tiamina, niacina.
- **Endocrinopatías:** hipo/hiperfunción suprarrenal, hipo/hiperglucemia, mixedema, hiperparatiroidismo.
- **Agudo vascular:** ACV, arritmia, shock.
- **Toxinas-fármacos-drogas.**
- **Metales pesados (Heavy metals):** plomo, manganeso, mercurio.

DELIRIUM: VALORACIÓN

- **Estado mental:**

- a) Inicio brusco, curso fluctuante.
- b) Inatención.
- c) Pensamiento desorganizado.
- d) Alteración del nivel de conciencia.

- **Pruebas cognitivas:**

1. Orientación (TEP).
2. Memoria (inmediata y corto plazo).
3. Atención (series secuenciales).
4. Otras...

DELIRIUM: TRATAMIENTO

- ETIOLÓGICO: Buscar posibles etiologías y tratarlas.
- SINTOMÁTICO:
 - Sujeción mecánica si precisa.
 - **Haloperidol® oral** (25-50 gotas) o **IM** (1-2 amp.), pudiendo repetir a los 30 minutos si no cede, hasta 4 amp.
 - **Tiaprizal®** (tiapride): 2-4 amp. IM o IV rápida (si vía disponible) y pautar 2-4 amp IV/6-8 horas.
 - Control electrolítico y de constantes vitales.
- INTERVENCIONES AMBIENTALES:
 - mantener orientado al paciente, ambiente tranquilo, iluminación nocturna, familiar cercano, corregir deprivación sensorial, evitar interrup. sueño, vigilancia estrecha...

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

I. urgente
M. seguridad

Sospecha de organicidad

SÍ

Tóxicos o fármacos

SÍ

No

F. R. médico-qx

SÍ

No

Sd. confusional
agudo

Agitación sin
confusión

Pensar en patol.
psiquiátrica

NO

Psicótico

No psicótico

AGITACIÓN RELACIONADA CON TÓXICOS:

- **ALCOHOL:**

- **Consumo alcohólico (CAGE):**

- > 21-35 UBE / semana.
 - 1 unidad de cerveza o vino = 1 UBE.
 - 1 unidad de destilados = 2 UBE.

- **Medidas generales:**

- **Aporte vitamínico B** (Benerva® IM u oral o Hidroxil® oral).
 - **Corregir** hipoglucemia y trastornos hidroelectrolíticos.

- **Intoxicación etílica:**

- Evitar BZD (depresión respiratoria).
 - **Haloperidol®**: 5 mg. (1 amp. im o 50 gotas v.o.).

Abstinencia de alcohol:

- **Definición:** síndrome asociado con la interrupción o disminución brusca del consumo de alcohol en personas dependientes.
- **Clínica:**
 - 6-8 horas tras última toma.
 - náuseas, vómitos, temblor, taquicardia, hipertensión, sudoración, irritabilidad, insomnio, cefalea, malestar general → alt. nivel conciencia, alt. perceptivas, agitación, crisis convulsivas... (D. Tremens).

Abstinencia de alcohol (II):

- **Tratamiento:**
 - **BZD:**
 - Tranxilium[®] (cloracepato) 25-50 mg/8 h.
 - Valium[®] (diazepam): 5-10 mg/8 h.
 - Lorazepam en caso de hepatopatía.
 - **Neurolépticos:**
 - Tiaprizal[®] (tiapride): 200-400 mg (2-4 comp/amp)/8 h.
 - **Aporte vitamínico B:**
 - Benerva[®] IM u oral o Hidroxil[®] oral.
- *Urgencia médica severa* con alta mortalidad: control por Medicina Interna de TA, fiebre, electrolitos, hidratación, riesgo de neumonía aspirativa,...

Abstinencia de alcohol (III):



AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

I. urgente
M. seguridad

Sospecha de organicidad

SÍ

Tóxicos o fármacos

Sí

No

F. R. médico-qx

Sí

No

Sd. confusional
agudo

Agitación sin
confusión

Pensar en patol.
psiquiátrica

NO

Psicótico

No psicótico

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:

- Trastornos de la **esfera neurótica**:
 - **BZD**: Valium o Tranxilium.
 - Vía: oral o IM en función del estado del paciente.

Depresión y suicidio.

- La depresión es un estado emocional caracterizado por tristeza vital o irritabilidad, anhedonia, astenia, apatía, anergia, sentimientos de baja autoestima e inutilidad/incapacidad.

Depresión y suicidio.

- Se pueden asociar otras manifestaciones psicopatológicas como merma en procesos cognitivos (atención, concentración, memoria, lenguaje), ansiedad, inquietud / inhibición psicomotriz, somatizaciones, anorexia e insomnio.

Depresión y suicidio.

- No es **infrecuente** que en este contexto emocional los pacientes verbalicen o reconozcan sentimientos de ideas de desesperanza, ideas o deseos de muerte y suicidio

Depresión y suicidio.

- Clásicamente se recomienda un acercamiento empático, progresivo, realista (evitar dar ánimos o consejos vacíos del tipo “anítese”, “seguro que todo se arregla”), empezando por preguntas más generales (pe, ¿tiene la sensación o ha pensado últimamente que no vale la pena vivir así?) para pasar a preguntar si ha deseado morirse y/o hacer algo para quitarse la vida.

Depresión y suicidio: DERIVACIÓN A PSQ

- Antecedentes previos, familiares o personales, de conductas autolíticas.
- Cuadros depresivos graves o con síntomas psicóticos o con intensa inhibición psicomotriz.
- ***Tentativa suicida o autolítica: evaluación psiquiátrica antes de ser alta hospitalaria. NO ES NECESARIO QUE SEA INMEDIATAMENTE.***

Depresión y suicidio: DERIVACIÓN A PSQ



**Algunos
autores
establecen de
manera
sistemática 24
horas de
observación,
aun en ausencia
de riesgo vital.**

ANSIEDAD

- La ansiedad es una respuesta fisiológica normal del individuo ante una situación de peligro, tensión o amenaza. Se constituye como patológica cuando es muy **intensa o desproporcionada.**

Ansiedad.

Se identifican dos patrones básicos en la forma de manifestarse la ansiedad patológica:

- Ansiedad continua o flotante.
- En crisis.

Ambos patrones no son excluyentes.

Ansiedad.

- Descartar las causas orgánicas más frecuentes de ansiedad (arritmias, prolapso mitral, asma, neumotórax, hipertiroidismo,...)

Crisis de Ansiedad

- Episodio de instauración súbita, duración breve y limitada, caracterizado sensación de intenso malestar asociado a un correlato neurovegetativo (palpitaciones, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, sofocación, náuseas, nudo faríngeo, disnea, hiperventilación, molestias precordiales, temblor, parestesias, mareo, cefaleas, desrealización y despersonalización)...

Crisis de Ansiedad

- ...y cognitivo (aprensión, sensación de muerte inminente, miedo a perder el control o volverse loco).
- **Es obligada la realización de una exploración médica completa para excluir la concurrencia de determinadas enfermedades orgánicas.**

Crisis de Ansiedad

- El tratamiento más rápido y eficaz contempla la **administración de benzodiacepinas** de absorción rápida, preferentemente, por vía oral.
- 1-2 mg de alprazolam.
- 5-10 mg de diacepam.
- 10-50 mg de cloracepato.
- 1-5 mg de lorazepam.

Crisis de Ansiedad

- Este cuadro es muy frecuente, y tratable desde los servicios de urgencia generales.
- En caso de crisis recurrentes y/o graves, puede plantearse la derivación al **Equipo de Salud Mental de zona.**

Psicosis.

- Se caracteriza por una ruptura con la realidad y suele ir acompañado de un trastorno de conducta, que suele ser el motivo por el que es traído a Urgencias.
- **DERIVACIÓN A PSQ DE GUARDIA.**

URGENCIAS RELACIONADAS CON LOS PSICOFÁRMACOS

Distonía aguda

- Aparece en un 5% de los pacientes que toman antipsicóticos y suelen ser dosis independiente. Son espasmos musculares sostenidos, breves que inducen posturas anómalas. Se localizan sobre todo en la musculatura de la lengua, cara, cuello, ocular produciendo crisis oculogiras...
- El tratamiento es con anticolinérgicos por vía IM. , Biperideno 1 amp IM y dejar pautado biperideno retard 1 comp. cada 24 horas (**AKINETÓN**).

Acatisia

- Incapacidad manifiesta del paciente de permanecer quieto y la sensación subjetiva de irritabilidad e impaciencia que les lleva a adoptar posturas y balancear los miembros superiores e inferiores.
- Aparece con una probabilidad del 20 % y sobre todo en mujeres ancianas.
- La combinación con benzodiacepinas suele ser beneficiosa.

Síndrome neuroléptico maligno

- Alta mortalidad (15-25%).
- Se relaciona con los neurolépticos de alta potencia, la presencia de una enfermedad orgánica cerebral o el retraso mental, dosis altas o escaladas rápidas, la utilización concomitante de litio y con el sexo masculino.

Síndrome neuroléptico maligno

- Se manifiesta con disfunción autonómica: (hipertermia, taquicardia, hipertensión, diaforesis e incontinencia), síntomas extrapiramidales (rigidez, distonía, acinesia....) y alteraciones analíticas (leucocitosis, elevación de la CPK sérica, enzimas hepáticas y de la mioglobinemia, causando ésta insuficiencia renal), pueden ser frecuentes las convulsiones.

Psicofármacos: BZD

- Vida media larga:
 - Diazepam: **VALIUM**; comp de 5 y 10 mg. Amp de 10 mg.
 - Cloracepato: **TRANXILIUM**; cáps de 5, 10, 15 mg. Comp de 50 mg. Amp. de 20, 50 y 100 mg.
- Vida media corta:
 - Lorazepam: **ORFIDAL, IDALPREM**; comp de 1 y 5 mg.
 - Alprazolam: **TRANKIMAZÍN**; comp de 0.25, 0.50, 1 y 2 mg.

Psicofármacos: APS

- **HALOPERIDOL**: alta potencia, riesgo de ESEP. Solución 0.1 mg/gota y amp de 5 mg. Rango 5-15 mg.
- **SINO GÁN** (levomepromazina): sedante, riesgo de hipotensión. Solución 1 mg/gota; comp de 25 y 100 mg.; amp de 25 mg. Rango 25-150 mg.
- **TIAPRIZAL** (tiapride): delirium, abstinencia OH. Comp y amp 100 mg. Rango 200-1400 mg.
- **ZYPREXA** (olanzapina): agitación, ansiedad intensa. Comprimidos de 5 y 10 mg. Rango: 5-20mg.