

# URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA

Cristina Donoso Jiménez (MIR-2)

Lara Suárez Diéguez (MIR-4)

Moisés Bolívar Perálvarez (Tutor de residentes)

- DEFINICION DE URGENCIA PSIQUIATRICA
  - “Aquella situación en la que determinados síntomas psicopatológicos o trastornos 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”

# EVALUACION 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 y remitir al sujeto a un espacio diagnóstico-terapéutico apropiado

# Funciones del médico de puerta

- Valoración inicial del paciente (historia clínica)
- Valorar tratamiento por su parte
- Dar el alta con derivación a EAP ó ESM
- Llamar al psiquiatra de guardia.

# Nunca olvidar

- Los diagnósticos en psiquiatría se hacen tras descartar patología orgánica de base:
  - Las alteraciones de conducta pueden ser secundarias a un tumor cerebral, una hemorragia subaracnoidea, etc
  - La ansiedad puede ser por una anemia, un hipertiroidismo, un TEP, etc
  - ETC, ETC

# Debemos pensar organicidad cuando

- Comienzo agudo.
- Ausencia de antecedentes personales psiquiátricos.
- Personalidad previa bien adaptada.
- Edad avanzada.
- Atipicidad del cuadro.
- No evidencia de situaciones estresantes precipitantes.
- Enfermedad médica o lesiones intercurrentes.
- Consumo de sustancias.
- Alteraciones sensorio-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

# Vamos a hablar de:

- Urgencias de patologías psiquiátricas
  - Crisis de ansiedad
  - Ideación suicida
  - Psicosis
  - Episodio maniaco
- Paciente agitado
- Paciente confuso
- Intoxicaciones
  - Voluntarias medicamentosas
  - Por alcohol y otras drogas
- Cómo hacer la historia y cuándo llamar al psiquiatra de guardia

# \* El paciente con Ansiedad en Urgencias

- ❖ **ANSIEDAD** → Respuesta fisiológica normal del individuo ante una situación de peligro, tensión o amenaza. Se constituye como patológica cuando es muy intensa o desproporcionada.
- ❖ Se identifican dos patrones básicos en la forma de manifestarse la ansiedad patológica (no excluyentes):
  - Continua o flotante.
  - En crisis.
- ❖ Trastornos de ansiedad → gran importancia en Urgencias, (muy frecuentes, posible enfermedad somática subyacente)



# \* El paciente con Ansiedad en Urgencias

Tres actuaciones fundamentales del médico en Urgencias:

1. Descartar la presencia de ***patología orgánica*** que justifique el cuadro de ansiedad.
2. Identificar alguno de los ***trastornos específicos de ansiedad*** u otro trastorno psiquiátrico que pueda presentar ansiedad.
3. Pautar ***tratamiento adecuado*** y derivar al especialista correspondiente si procede.

# \* El paciente con Ansiedad en Urgencias

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ANSIEDAD

- Enfermedad somática que cursa con crisis de ansiedad.
  - *IAM, Arritmias, Insuficiencia respiratoria, TEP, Anemia, Intoxicación o abstinencia de tóxicos, entre otras.*
- Reacción psicológica (miedo, temor) a malestar o enfermedad física.
- Abuso de drogas (*estimulantes, alucinógenos*) o abstinencia (*alcohol, hipnosedantes*).
- Trastornos por ansiedad específicos.
  - *T. Angustia, Agorafobia, Ansiedad social, TAG, TEPT.*
- Otros trastornos psiquiátricos con ansiedad superpuesta (*esquizofrenia, depresión*).

# \* Crisis de ansiedad

❖ Episodio de instauración súbita y duración breve y limitada caracterizado por sensación de intenso malestar asociado a:

- **Correlato neurovegetativo.**

*Palpitaciones, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, sofocos, náuseas, nudo faríngeo, disnea, hiperventilación, molestias precordiales, temblor, parestesias, mareo, cefaleas, desrealización y despersonalización).*

- **Correlato cognitivo.**

*Aprensión, sensación de muerte inminente, miedo a perder el control o volverse loco.*

# \* Crisis de ansiedad

- ❖ Cuadro muy frecuente y tratable desde los Servicios de Urgencias Generales.
- ❖ Obligada realización de exploración médica completa para excluir concurrencia de determinadas enfermedades orgánicas.
- ❖ Tratamiento: Benzodiazepinas de absorción rápida VO.

1-2 mg ALPRAZOLAM  
5-10 mg DIAZEPAM  
10-50 mg CLORAZEPATO  
1-5 mg LORAZEPAM

- ❖ En caso de crisis recurrentes o graves puede plantearse derivación a ESM de zona.

# \* El paciente Suicida en Urgencias

- Motivo de consulta en Urgencias muy frecuente (AP/otras especialidades).
- La mayoría de los suicidios son previsibles:
  - Cerca de un 80% comunican directa o indirectamente su intención a personas de su entorno.
  - 40-60% consultan a un médico el mes anterior (OMS).
- Valoración del riesgo de autolisis → Muy importante, más aún en Urgencias.

# \*El paciente Suicida en Urgencias

- Formación de Médicos de Familia y de profesionales de Urgencias en la evaluación y manejo de la conducta suicida → FUNDAMENTAL en la detección y prevención del suicidio.
- Una adecuada valoración del paciente (anamnesis + exploración psicopatológica) unida a una intervención y orientación oportuna pueden ayudar a lograr un replanteamiento de la situación por parte del paciente y evitar una conducta potencialmente letal.

# \* El paciente Suicida en Urgencias

## ES IMPORTANTE DIFERENCIAR...

- ❖ *Ideas pasivas de muerte.*
- ❖ *Ideación suicida.*
- ❖ *Comunicación suicida* (*Diferenciar amenaza de plan suicida*).
- ❖ *Gesto parasuicida.*
- ❖ *Intento de suicidio.*
- ❖ *Suicidio consumado.*

# \* El paciente Suicida en Urgencias

## FACTORES DE RIESGO SUICIDA

- ✘ Sexo (masculino), Edad (>45 años).
- ✘ Medio rural, pobreza, bajo nivel educativo.
- ✘ Aislamiento social, escaso apoyo familiar.
- ✘ AF o intentos previos.
- ✘ Estresores ambientales: pérdidas de seres queridos, separación/divorcio/viudedad, cambio de empleo o de domicilio, jubilación, problemas económicos...
- ✘ Enfermedad crónica terminal, invalidante, dolorosa...
- ✘ Enfermedades mentales: TDM, TB, Abuso de sustancias, T. Psicóticos, TP (L,A). *(Mayor riesgo si alta reciente del hospital).*
- ✘ Dificultad en la resolución de conflictos.
- ✘ Falta de adherencia a tratamiento o seguimiento.



# \* El paciente Suicida en Urgencias

## FACTORES PROTECTORES

- ✓ Niños en domicilio.
- ✓ Sentido de responsabilidad hacia la familia.
- ✓ Embarazo.
- ✓ Religiosidad.
- ✓ Satisfacción con propia vida.
- ✓ Estrategias de afrontamiento adecuadas.
- ✓ Buena red de apoyo social.
- ✓ Relación terapéutica satisfactoria.

# \* El paciente Suicida en Urgencias

## ANAMNESIS

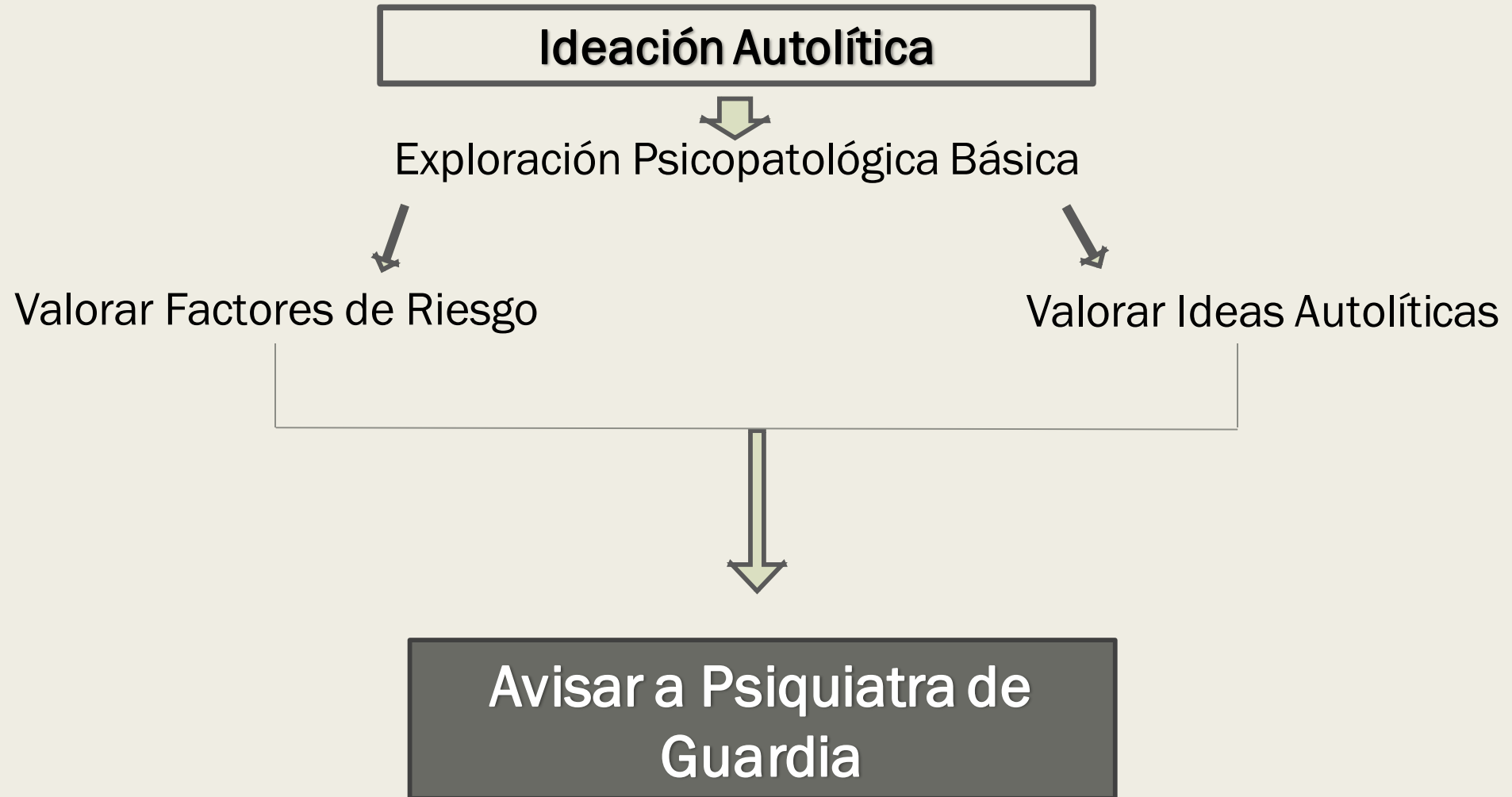
- *Abordaje progresivo de la ideación suicida:*
  - Presencia, frecuencia, estructuración, gravedad.
- *Si niega la posibilidad de cometer acto suicida:*
  - Razones que le impiden cometerlo (religiosas, familiares, culturales).
- *Si reconoce la posibilidad de pasar al acto:*
  - Medios disponibles, grado de planificación, existencia de intentos previos.
- *Si ha tenido intentos previos o ha llevado a cabo un gesto autolítico:*
  - Letalidad, Rescatabilidad, Premeditación, Crítica del episodio, Finalidad.
- *Entrevista a familiares y allegados.*
  - Grado de apoyo y contención.
  - Orientación sobre actitud a tomar.

# \* El paciente Suicida en Urgencias

## ERRORES MÁS FRECUENTES AL EVALUAR EL RIESGO SUICIDA

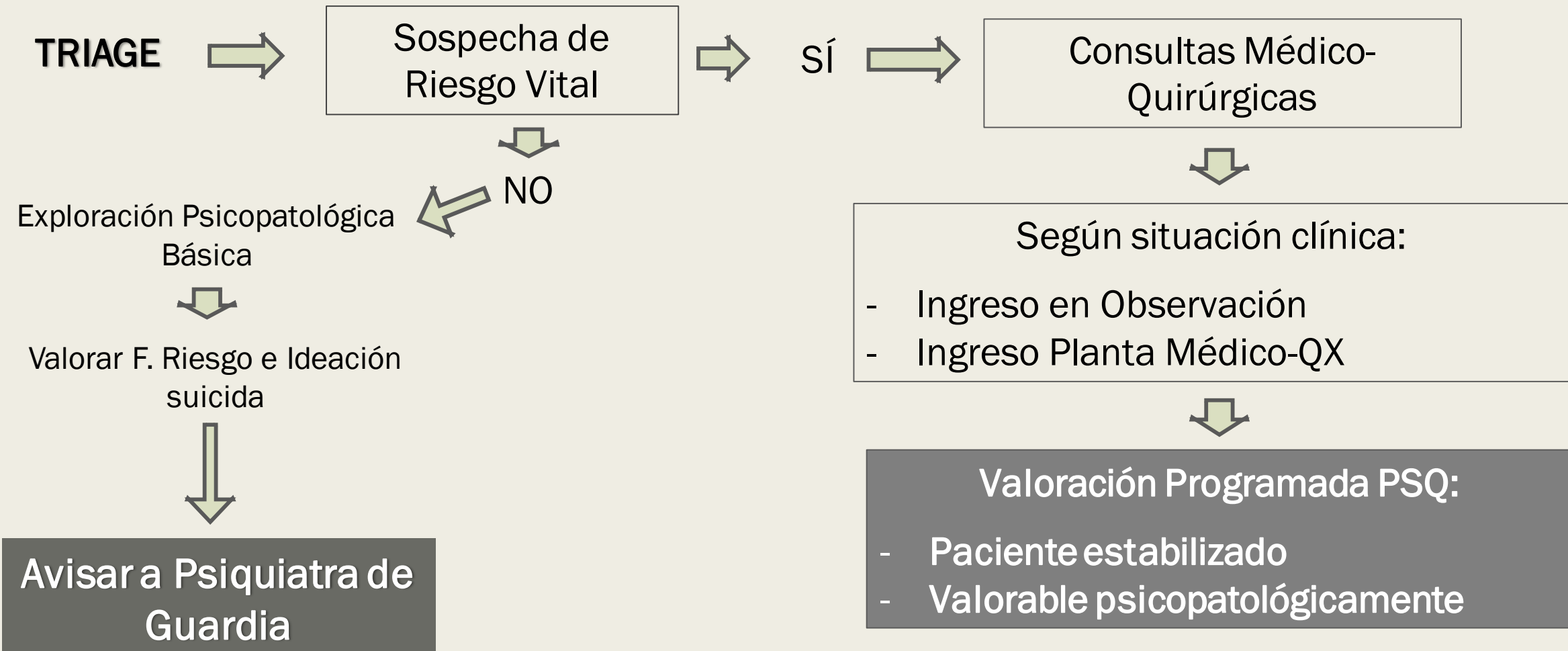
- ✘ No interrogar sobre ideas autolíticas por miedo a desencadenarlas.
- ✘ Preguntar de forma abrupta o invasiva.
- ✘ Pensar que los que hablan de suicidio no lo llevan a cabo.
- ✘ No dar importancia a múltiples conductas parasuicidas previas.
- ✘ Discutir con el paciente o adoptar una actitud crítica o moralizante.

# \* El paciente Suicida en Urgencias



# \* El paciente Suicida en Urgencias

## Gesto Autolítico



# \* El paciente Psicótico en Urgencias

- ❖ **PSICOSIS** → Estado mental caracterizado por una escisión o pérdida de contacto con la realidad.
  
- ❖ Puede cursar con:
  - Alteraciones de la percepción.
  - Alteraciones del curso y contenido del pensamiento.
  - Cambios en la personalidad.
  - Alteraciones conductuales.
  
- ❖ Implica un deterioro en el funcionamiento social del individuo y en la capacidad para llevar a cabo sus actividades habituales.

# \* El paciente Psicótico en Urgencias

## ❖ Motivos de consulta más frecuentes:

- Primer episodio psicótico/Reagudización de clínica psicótica.
- Agitación psicomotriz.
- Reacciones adversas a la medicación.
- Sintomatología negativa.

## ❖ Puede ser derivado:

- Trasladado de forma involuntaria a petición de familiares/especialista de zona/MAP.
- A petición propia motivado por su malestar.

# \* El paciente Psicótico en Urgencias

## INTERVENCIÓN DEL MÉDICO EN URGENCIAS

1. Obtener la mayor cantidad de información posible antes de evaluar al paciente.

*Motivo de consulta, quién lo deriva a urgencias, si acude con un estado de agitación psicomotriz o riesgo de agresividad, quién lo acompaña...*

2. Abordar al paciente de manera adecuada.

3. Caracterizar con la mayor diligencia posible el episodio actual.

*Perfil cronológico, posibles f. desencadenantes, episodios previos similares.*

4. Descartar la presencia de patología orgánica como origen del cuadro.

5. Avisar a psiquiatra de guardia.



# \* El paciente Psicótico en Urgencias

## **SUGIERE ORGANICIDAD:**

- Inicio abrupto, sin pródromos.
- Alteración del nivel de conciencia o de constantes vitales.
- AP de consumo de tóxicos o signos clínicos de consumo/abstinencia.
- AP o AF de patología orgánica que puede cursar con clínica psicótica.
- Ausencia de historia personal de psicosis.
- Características clínicas de “Atipicidad”: edad de presentación inhabitual, fluctuación de sintomatología, presencia de alucinaciones visuales...

# \* El paciente Psicótico en Urgencias

## RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA

- ✓ Lugar tranquilo, no exceso de estímulos.
- ✓ Preservar seguridad del paciente y del entrevistador. Asegurarse de que hay ayuda rápida disponible si el paciente se muestra violento.
- ✓ Acercamiento empático y estructurado, aunque flexible.
- ✓ Comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro, pero de volumen moderado y pausado.
- ✓ Preguntas abiertas al inicio. Dirigir progresivamente la entrevista hacia áreas de conflicto.
- ✓ Evitar exploración directa e intrusa del delirio.
- ✓ No intentar corregir las creencias erróneas del paciente por muy ilógicas que parezcan.
- ✓ Ser prudente a la hora de poner a prueba la convicción delirante del paciente, evitar que se sienta extraño y ajeno.

# \* El paciente Maníaco en Urgencias

- ❖ **MANÍA** → Causa frecuente de consulta urgente por la aparatosidad del cuadro y los riesgos de conductas peligrosas debidos a la ausencia de conciencia de enfermedad, que pueden tener una repercusión negativa en el paciente, en el entorno y en la evolución de la enfermedad.
  
- ❖ Clínica:
  - Estado de ánimo exaltado y eufórico / disfórico e irritable.
  - Aceleración del curso del pensamiento.
  - Verborrea, taquilalia, asociaciones laxas.
  - Aumento de actividad motriz.
  - Desinhibición.
  - Disminución necesidad de sueño.
  - A veces ideas delirantes de contenido megalomaníaco, mesiánico.

# \* El paciente Maníaco en Urgencias

- Motivo más frecuente de consulta: Alteraciones del comportamiento.

## INTERVENCIÓN DEL MÉDICO EN URGENCIAS

1. Anamnesis con antecedentes familiares y personales.

2. Evaluación del episodio actual

*Inicio, posibles f. desencadenantes o estresores vitales, evolución hasta la fecha, impacto sobre funcionamiento habitual del paciente. Indagar sobre consumo de tóxicos, enfermedades físicas o tratamientos concomitantes que puedan ser origen del cuadro.*

3. Exploración Psicopatológica básica.

4. Avisar a psiquiatra de guardia.

# \*Agitación en Psicosis/Manía

ANTIPSIKÓTICOS	BENZODIACEPINAS
<b>Haloperidol®</b> 50 gotas =1 amp. IM=5mg (5-10 mg)	<b>Valium®</b> (diazepam) VO: 5; 10 mg / IM: 10 mg (10-30 mg)
<b>Sinogan®</b> (levomepromazina) VO : 25;100 mg / IM: 25 mg (25-100 mg)	<b>Tranxilium®</b> (clorazepato dipotásico) VO: 10; 50 mg / IM: 20; 50 mg (25-75 mg)
<b>Zyprexa®</b> (olanzapina) VO: 5, 10 mg (10-20 mg)	

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- Agitación: se define como la ansiedad asociada a inquietud psicomotriz, en ocasiones acompañada de conductas agresivas y violenta.
- Agitación psicomotora: estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna.
- Conducta agresiva: toda aquella destinada a causar algún daño, sea psicológico o físico.

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- De etiología múltiple:
  - ❑ Trastornos orgánicos.
  - ❑ Trastornos psiquiátricos.
  - ❑ Uso de medicamentos/ sustancias psicoactivas (intoxicaciones/ abstinencias).
  - ❑ Mixtas (pac. con patología psiquiátrica y con componente de organicidad).

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ Trastornos orgánicos:

- Delirium como cuadro + frecuente.

- Sospechar organicidad:

1. Comienzo agudo/subagudo.

2. Ausencia de AP psiquiátricos.

**Tabla I: Causas de agitación orgánica<sup>5</sup>**

Delirium/Síndrome Confusional Agudo	Intoxicaciones	Abstinencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones sistémicas y/o del sistema nervioso central</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Insuficiencia cardíaca, respiratoria, hepática (encefalopatía hepática) o renal (encefalopatía urémica)</li> <li>• Endocrinopatías</li> <li>• Alteraciones metabólicas</li> <li>• Traumatismos craneoencefálicos/politraumatismos</li> <li>• Crisis parciales</li> <li>• Tumores intracraneales/diseminados</li> <li>• Ictus isquémicos o hemorrágicos</li> <li>• Delirium superpuesto a demencia</li> <li>• Estados postoperatorios</li> <li>• Fármacos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Estimulantes (cocaína, anfetaminas y derivados)</li> <li>• Cannabis</li> <li>• Antidepresivos</li> <li>• Neurolepticos</li> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Anticolinérgicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Otros</li> </ul>

**Tabla II: Fármacos que pueden ocasionar delirium:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levodopa</li> <li>• Digital</li> <li>• Cimetidina</li> <li>• Ranitidina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atropina</li> <li>• Biperideno</li> <li>• Neurolepticos sedantes</li> <li>• Antihistamínicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiepilépticos</li> <li>• Corticoides</li> <li>• Benzodiazepinas</li> </ul>
---	--	---



# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ Trastornos psiquiátricos:

Descompensación de la enf. psq basal (presencia de sintomatología propia de la identidad a la que corresponda).

1. En general no existe fluctuación del nivel de conciencia.
2. No es frecuente la desorientación temporo-espacial.

**Tabla III:** Causas de agitación psiquiátricas<sup>3,5,6</sup>.

Agitación psicótica	Agitación no psicótica
<ul style="list-style-type: none"><li>• Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo</li><li>• Episodio maniaco</li><li>• Episodio depresivo (depresión agitada, más frecuente en ancianos y niños)</li><li>• Trastorno por ideas delirantes persistentes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacciones a estrés agudo</li><li>• Reactiva/situacional (trastornos adaptativos)</li><li>• Reacciones emocionales</li><li>• Niños sometidos a abuso sexual o maltrato</li><li>• Reacciones de agresividad por privación sensorial: tras intervenciones oftalmológicas, al despertar de una sedación en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</li><li>• Trastornos de la personalidad (sobre todo histriónico, límite y paranoide)</li><li>• Trastorno explosivo intermitente</li><li>• Crisis de angustia</li><li>• Crisis conversivas</li><li>• Alteración de conducta en retraso mental o demencia</li><li>• Trastornos generalizados del desarrollo</li><li>• Trastornos de inicio en la infancia (Trastornos de conducta, negativista desafiante, TDAH)</li></ul>

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- Uso de medicamentos o sustancias activas:

Indagar...

-Introducción de un nuevo fármaco recientemente.

-Cambio de dosis.

-Interacciones/reacciones adversas.

-Tratamientos concomitantes.

\*\* Tanto la intoxicación como los cuadros de abstinencia de determinadas sustancias tóxicas pueden dar lugar a cuadros de agitación psicomotriz y a cuadros confusionales.

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- Evaluación clínica:

- Instrumento principal diagnóstico: anamnesis.

- \*\*La valoración **puede ser complicada**, debido a la ausencia de una historia clínica completa, y a la falta de cooperación del paciente.

- Exámen neuropsiquiátrico: exploración neurológica básica. Valorar: nivel de conciencia, orientación, alt. ánimo, alt. pensamiento y sensoperceptivas.

- Pruebas complementarias: analítica, tóxicos en orina, valorar pruebas de neuroimagen, ECG,...

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- Diagnóstico diferencial:

**Diagnóstico diferencial**

*Tabla V: Diagnóstico diferencial sindrómico<sup>6</sup>*

	Agitación orgánica	Agitación psiquiátrica psicótica	Agitación psiquiátrica no psicótica	Agitación mixta y relacionada con consumo de tóxicos
Antecedentes psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Frecuentes	Posibles
Antecedentes de ingresos psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes	Posibles
Consumo de tóxicos	Menos frecuente	Posible	Menos frecuente	Frecuente
Nivel de conciencia	Disminución del nivel de alerta	No afectada	No afectada	Posible afectación
Orientación	Desorientación temporoespacial	No afectada	No afectada	Posible desorientación
Curso	Fluctuante, empeoramiento nocturno	No fluctuante	No fluctuante	Puede fluctuar
Ideas delirantes	Delirio ocupacional	Ideas de perjuicio o megalomaniacas	Ausentes	Posibles
Alucinaciones	Visuales	Auditivas	Ausentes	Posibles
Afectividad	No afectada	Hostilidad, indiferencia	Temor, angustia	Posibles
Focalidad y signos físicos	Presentes	Raros	Posibles	Posibles
Pruebas complementarias	Alteradas	Normales	Normales	Posible alteración

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- Actitud a seguir en una agitación psicomotriz:

1. **Protección** (paciente, médico, terceros).
2. Obtención rápida de información básica (paciente/acompañantes).
3. Juicio sindrómico.
4. Tratamiento.

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

- 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.
4. Evitar la observación de curiosos y reducir la estimulación sensorial.
5. Solicitar ayuda de celadores, seguridad, FOP (tienen la obligación de prestar ayuda).
6. Quitar del alcance del paciente posibles objetos auto o heterolesivos. (Liberar la sala de objetos contundentes).
7. Evitar el abordaje en lugares no adecuados.
8. Si se sospecha la posesión de un arma, interrumpir la entrevista; no discutir; avisar a seguridad.

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ Contención verbal:

1. Respetar el espacio personal.
2. **Actitud no provocadora.**
3. Establecer contacto visual.
4. Ser conciso y repetir los mensajes.
5. **Actitud empática.** Escuchar y entender lo que el paciente dice.
6. Buscar puntos de acuerdo/ ofrecer alternativas.
7. Establecer los límites legales.

*\*\*Muchas veces la contención verbal suele ser insuficiente...*

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ Contención farmacológica:

-Principalmente: **antipsicóticos y benzodiacepinas.**

-Valorar en función de grado de agitación/ colaboración: vía oral (de elección) / vía IM ó IV.

ANTIPSIKÓTICOS	BENZODIACEPINAS
<p><b>Haloperidol®</b> 50 gotas =1 amp. IM=5mg (5-10 mg)</p>	<p><b>Valium®</b> (diazepam) VO: 5; 10 mg / IM: 10 mg (10-30 mg)</p>
<p><b>Sinogan®</b> (levomepromazina)  VO : 25;100 mg / IM: 25 mg (25-100 mg)</p>	<p><b>Tranxilium®</b> (clorazepato dipotásico) VO: 10; 50 mg / IM: 20; 50 mg (25-75 mg)</p>
<p><b>Zyprexa®</b> (olanzapina)  VO: 5, 10 mg (10-20 mg)</p>	



# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ Contención física:

### - Objetivos:

- Reducir el riesgo de auto / heteroagresividad.
- Favorecer la administración de tratamientos, traslado.
- Impedir la manipulación de vías.
- Evitar la fuga.

NUNCA DEBE APLICARSE  
COMO CASTIGO O PARA  
COMODIDAD DEL PERSONAL

- Es una **prescripción facultativa**.

-Participa todo el personal sanitario: enfermería, celadores, seguridad, FOP.

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ 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.

# Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

## ■ Contención física:

-Cuidar que no pueda golpearse con la cama.

-Comprobar que no disponga de objetos peligrosos.

-Asegurar una correcta hidratación del paciente, evitar rabdomiolisis.

\*Heparinizar si pasa + de 24h con la contención.

-Indicar vigilancia estrecha, cada 15 minutos.

-Control de constantes vitales.

# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo(delirium)

- Es un síndrome neuropsiq complejo, resultado directo de una enf orgánica que afecta al metabolismo cerebral, y como consecuencia, provoca una alteración de la atención y de la conciencia, acompañada de un cambio cognitivo respecto a la situación basal que no se explica mejor por un trastorno neurocognitivo preexistente o en curso.
- Es una urgencia infradiagnosticada, infratratada e infravalorada. Mortalidad sin tratamiento del **20%**.

# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo(delirium)

## ■ Características:

-Instauración aguda.

-Curso fluctuante.

-De predominio nocturno.

-Alteraciones en la atención y en la conciencia.

De etiología multifactorial  
↓  
**SIEMPRE ORGÁNICA**

- Prevalencia en > 85 años: 14%  
- Incidencia en medios hospitalarios: 6-56%

-Alt. psicomotricidad. (Hipo/hiperactiv)

-Alt. en el ciclo vigilia-sueño. (Insomnio)

-Alt. en el pensamiento y lenguaje. ( Delirio ocupacional, lenguaje incoherente...)

-Alt. Sensoperceptivas. (Alucinaciones visuales)

# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo(delirium)

## ■ Factores predisponente /vulnerabilidad:

- Edad (ancianos/niños).
- Género masculino.
- Pacientes institucionalizados.
- Deterioro cognitivo preexistente.
- Enf. crónica grave.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Disfunciones sensoriales (auditivas y visuales).

# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo (delirium)

- Factores desencadenantes/precipitantes:

*Tabla III. Principales causas de delirium.*

<b>Intoxicación por drogas o fármacos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alcohol</li><li>• Hipnóticos-sedantes</li><li>• Opiáceos (p. ej codeína)</li><li>• Psicoestimulantes</li><li>• Alucinógenos</li><li>• Inhalantes</li></ul>	<b>Hipoxia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia respiratoria</li><li>• Embolia pulmonar</li></ul>	<b>Autoinmunes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vasculitis del SNC</li><li>• Lupus eritematoso sistémico</li><li>• Rechazo agudo de trasplante</li><li>• Enfermedad del injerto contra huésped aguda</li></ul>
<b>Abstinencia a drogas y fármacos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alcohol</li><li>• Hipnóticos-sedantes</li></ul>	<b>Neoplasias</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Neoplasia intracraneal primaria</li><li>• Metástasis cerebrales</li><li>• Carcinomatosis meníngea</li><li>• Síndrome paraneoplásico</li></ul>	<b>Cardiovasculares</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia cardíaca</li><li>• Endocarditis</li></ul>

# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo(delirium)

## ■ Factores desencadenantes/precipitantes:

<b>Trastornos metabólico- endocrinos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Depleción/sobrecarga de volumen</li><li>• Acidosis/alcalosis</li><li>• Hipoxia</li><li>• Uremia</li><li>• Anemia</li><li>• Insuficiencia hepática o renal</li><li>• Hipo/hiperglucemia</li><li>• Hipoalbuminemia</li><li>• Malnutrición</li><li>• Bilirrubinemia</li><li>• Hipo/hipercalcemia</li><li>• Hipo/hiperpotasemia</li><li>• Hipo/hipernatremia</li><li>• Hipo/hipermagneemia</li><li>• Hipofosfatemia</li><li>• Crisis tirotóxica</li><li>• Hipotiroidismo</li><li>• Hipopituitarismo</li><li>• Síndrome carcinoide</li><li>• Porfiria</li><li>• Déficit de tiamina</li><li>• Déficit de B12</li></ul>	<b>Infecciones intracraneales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meningitis</li><li>• Encefalitis</li><li>• Abscesos</li><li>• Neurosífilis</li><li>• VIH</li></ul>	<b>Otras causas /</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Periodo postoperatorio</li><li>• Hipertermia</li><li>• Hipotermia</li><li>• Coagulación intravascular diseminada y otros estados de hipercoagulabilidad</li><li>• Radiación</li><li>• Electrocuación</li><li>• Contención física</li><li>• Sonda vesical</li></ul>
	<b>Infecciones</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bacteriemia/septicemia</li><li>• Micóticas</li><li>• Víricas</li><li>• Protozoos</li><li>• Infección tracto urinario (ITU)</li></ul>	<b>Fármacos /</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anticonvulsiantes</li><li>• Antiparkinsonianos</li><li>• AINEs</li><li>• Espasmolíticos</li><li>• Atropina</li><li>• Biperideno</li><li>• Laxantes</li><li>• Fluorquinolonas</li><li>• Antidepresivos tricíclicos</li><li>• Litio</li><li>• Digoxina</li><li>• B-Bloqueantes</li><li>• Diuréticos (p.ej: furosemda)</li><li>• Corticoides</li><li>• Antihistamínicos</li><li>• Calcioantagonistas (p.ej: nifedipino)</li><li>• Polifarmacia (≥3 fármacos)</li></ul>
<b>Traumatismos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lesión cerebral</li><li>• Hematoma subdural</li><li>• Embolia grasa</li><li>• Fractura de cadera</li></ul>	<b>Cerebrovasculares</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ACV/AIT</li><li>• Hemorragia subaracnoidea</li><li>• Edema cerebral</li><li>• Crisis epilépticas</li><li>• Encefalopatía hipertensiva</li><li>• Eclampsia</li></ul>	



# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo(delirium)

## ■ Tratamiento:

Empieza por la **prevención**.

1- Etiológico: buscar/identificar factores precipitantes o causantes y tratarlas.

2- Sintomático:

-**Haloperidol®** oral (25-50 gotas) o IM (1-2 amp.). Se puede repetir pauta si pasados 30 min no cede, hasta 4 amp.

-**Tiaprizal®** (tiapride): 2-4 amp. IM o IV (si vía disponible) pautar 2-4 amp. /6-8 horas.

-Podrían utilizarse antipsicóticos tipo: risperidona (0,25-4mg), quetiapina (25-200mg), olanzapina (1-20 mg).

\*Sujeción mecánica si precisa.

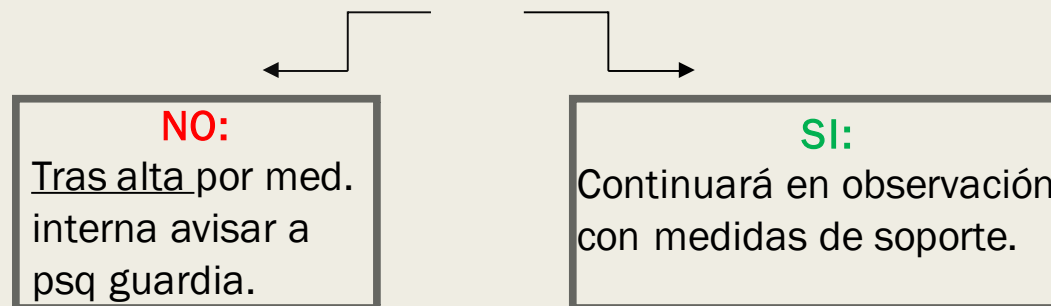
\*\**EVITAR BENZODIACEPINAS.*

# Urgencias derivadas del sd. confusional agudo(delirium)

3- Intervenciones ambientales: ambiente tranquilo, iluminación nocturna, acompañamiento de un familiar, intentar mantener al paciente orientado, corregir la deprivación sensorial, evitar interrupciones del sueño, vigilancia estrecha..

# Urgencias relacionadas con intoxicaciones medicamentosas y por otras sustancias

- Un paciente que acude a urgencias *en contexto de una intoxicación por sustancias o una intoxicación enólica aguda y que verbalice ideación suicida* → la valoración psiquiátrica **no** es válida en el momento agudo del suceso.
- Abordaje de pacientes tras intento autolítico (IMV):
  - 1- Valoración física + medidas básicas de soporte y tratamiento.
  - 2- Pasar a Observación. Monitorización de riesgo vital, continuar medidas básicas de tratamiento y soporte, así como, medidas de seguridad.
  - 3- Tras el transcurso de **12-24 horas**: ¿Persiste el riesgo vital? ⚠



# Urgencias relacionadas con el consumo de sustancias

- Un **20%** de las urg psq son producidas tras un problema de consumo de sustancias.
- Puede existir clínica solapada: **1º control de la sintomatología aguda** derivada del consumo de la sustancia, posteriormente evaluación psicopatológica si precisa.

# Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol

- Su consumo produce alt. conducta, de la percepción y del pensamiento.
- Se considera consumos de riesgo:
  - Varón: **>40 gr** etanol (>5 UBEs/día; >21UBEs semana).
  - Mujer: **>20 gr** etanol (>3 UBEs/día; >14 UBEs semana).

1 UBE representa unos 10 gr etanol.

Ej: 1 vaso de vino (100ml)/ 1 caña (250ml) = 1 UBE.

1 copa de bebida destilada (30 ml) = 2 UBE.

# Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol

- Situaciones de urgencias derivadas del consumo de alcohol:

1. Consumo crónico: hepatitis y pancreatitis aguda; compl. hemorrágicas; descomp. cirróticas; comp. CV; ACVA; Sd. Wernike-Korsakoff.

2. Consumo agudo: Intoxicación etílica aguda (+ frecuente):

- Medidas generales: aporte vitamínico (**Benerva®** IM :100-200 mg IM, posteriormente oral durante 3 días) + Corregir hipoglucemia y control hidroelectrolítico.

- Si agitación/heteroagresividad: **Haloperidol®**.

# Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol

- Situaciones de urgencias derivadas del consumo de alcohol:

3. Abstinencia: (interrupción o disminución brusca del consumo en una persona dependiente)

-Precoz: primeras 48 h.

-Tardío: a partir 48 h. > presencia de síntomas: aumento riesgo vital, posibilidad de Delirium Tremens.

-Tratamiento:

-Medidas generales: **Benerva**<sup>®</sup> IM . Control: TA, fiebre, hidratación, electrolitos...

-Farmacológico: **Tranxilium**<sup>®</sup> (cloracepato) 25-50 mg/8 h.

**Valium**<sup>®</sup> (diazepam): 5-10 mg/8 h.

**Tiaprizal**<sup>®</sup> (tiapride): 200-400 mg (2-4 comp/amp)/8 h.

Lorazepam en caso de  
hepatopatía

# Manejo psicofarmacológico básico en urgencias

BENZODIACEPINAS	ANTIPSIKÓTICOS
VM corta (1.5-5h): midazolam	Haloperidol 5 mg
VM intermedia (9-30h): Alprazolam (0,5-2mg) Lorazepam (1-5mg) Lormetazepam (1-2 mg)	Levomepromacina (25-100mg) Clorpromazina (25-100 mg)
VM larga (>50h): clonazepam (0,5-2mg) diazepam (5-10mg) clorazepato (5-50 mg)	Olanzapina (5-20 mg) Risperidona (0,5-2 mg) Quetiapina (25-200 mg)

\*Dosis utilizadas en urgencias. En pacientes con antecedentes psiquiátricos, consumidores de sustancias o metabolizadores rápidos podrían precisar dosis más elevadas.

\*En general, debemos iniciar dosis más bajas y con precaución en función del perfil del paciente .



## La entrevista y la historia clínica.

- Antecedentes personales somáticos: alergias, enfermedades, intervenciones quirúrgicas, hábitos tóxicos.
- Antecedentes personales psiquiátricos.
- Antecedentes familiares psiquiátricos.
- Situación socio-familiar y laboral.
- Tratamiento actual psicofarmacológico.
- Tratamientos para otras patologías

# La exploración psicopatológica.

- Aspecto, contacto.
- Función cognitivo-intelectiva (dificultades de concentración, memoria...).
- Afectividad (hiper-, eu-, hipotimia); Ansiedad (flotante, crisis, somatizada).
- Discurso (alteraciones en forma y/o contenido).
- Pensamiento/lenguaje.
- Sensopercepción (alucinaciones/pseudoalucinaciones).
- Ideas de muerte /ideación autolítica/ planificación.
- Conducta (sueño, apetito, relaciones sociales, conducta sexual).
- Rasgos de carácter.
- Conciencia de enfermedad (insight).
- Capacidad de razonamiento y juicio

# La historia en el Jara

- Tratar paciente
  - Documentar
    - Datos iniciales
      - Motivo de consulta
        - Antecedentes
          - Historia de la enfermedad
            - Exploración física
              - Exploración mental
                - Pruebas complementarias

# Cuándo llamar al psiquiatra

- *“Nunca antes de tener la historia completa”*
- En las urgencias psiquiátricas verdaderas
  - Ideación suicida
  - Psicosis activa
  - Episodio maniaco
  - Agresividad/agitación no orgánica Son cuadros clínicos con riesgo vital
- Tras ser alta definitiva en intoxicaciones y abstinencias.
  - No se puede realizar la exploración mental a un intoxicado
  - El paciente necesita tiempo tras una IMV u otro gesto autolítico/suicida
- Recordar que no tratamos
  - síndromes confusionales
  - Síndrome confusional agudo/deliriums tremens
  - Demencias con alteraciones de conducta leves sin valorar por neurología

**Gracias.**