

URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA

Susana Macayo Villalobos (MIR-3)

María Luz Morales Jiménez (MIR-3)

Francisco Barquero Paz (FAEs y Tutor UD)

DEFINICIÓN DE URGENCIA PSIQUIÁTRICA

“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.”

VALUACIÓN URGENTE

El objetivo de la evaluación psiquiátrica urgente es la valoración del paciente en crisis que permita realizar una

- *orientación diagnóstica inicial,*
- *establecer las necesidades inmediatas,*
- *comenzar el tratamiento urgente,*
- *y remitir al sujeto a un espacio diagnóstico-terapéutico apropiado*

Funciones del compañero de Urgencias

Valoración inicial del paciente (Historia Clínica Completa)

Valorar tratamiento por su parte.

Dar el alta con derivación a EAP o ESM.

Llamar al Psiquiatra de guardia.

Nunca olvidar..

En Psiquiatría, los diagnósticos se hacen tras ***descartar patología orgánica***

- La ansiedad puede ser síntoma de una arritmia, anemia, un hipertiroidismo, un TEP...
- Las alteraciones de conducta pueden ser secundarias a un tumor cerebral, una hemorragia subaracnoidea.....
- Se puede tener una patología mental y a la vez acudir a urgencias con una patología distinta.....

Debemos pensar en un origen orgánico 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.

- *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*

VAMOS A
HABLAR
DE...

* 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

* 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: Benzodiacepinas 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.
- ▶ LA PREVENCIÓN ES POSIBLE.

El paciente Suicida en Urgencia s

ES IMPORTANTE DIFERENCIAR...

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

* 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.

Actitud del profesional sanitario en la entrevista con paciente Suicida

- Actitud empática y asertiva.
- Crear un clima adecuado, con actitud de interés y escucha genuinos ante los sentimientos y problemas que refiera la persona.
- Tener en cuenta de las posibles dificultades de expresión verbal y sentimientos, ofreciendo un tiempo y espacio adecuados.
- Si se sospecha potencial suicida, es necesario clarificar esas sospecha.
- Ante la incomodidad que se pueda sentir o la que creamos que podemos ocasionar a la persona que consulta, debemos recordar que
 - Hablar de sus ideas de muerte y suicidio liberación.
 - Podemos poner en marcha sistemas de ayuda que pueden

* El paciente Suicida en Urgencias

Ideación Autolítica

Exploración Psicopatológica Básica

Valorar Factores de Riesgo

Valorar Ideas Autolíticas

**Avisar a Psiquiatra
de Guardia**

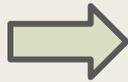
Valoración del riesgo e ideación autolítica

- Inicialmente, preguntas abiertas:
 - ¿En algún momento ha pensado en quitarse del medio? ¿Ha pensado en hacerse daño? ¿Qué planes de futuro tiene?
- Preguntas encaminadas a estructuración, frecuencia y severidad de estos pensamientos
 - Estos pensamientos, ¿son reactivos a algún suceso o es un pensamiento que tiene desde hace tiempo?
 - ¿Ha pensado cómo podría matarse?
¿Ha elaborado un plan detallado?
 - ¿Qué piensa de lo ocurrido? ¿Qué haría si volviera a tener estas ideas?

* El paciente Suicida en Urgencias

Gesto Autolítico

TRIAGE



Sospecha de
Riesgo Vital



SÍ



Consultas Médico-
Quirúrgicas



Según situación clínica:

- Ingreso en Observación
- Ingreso Planta Médico-QX



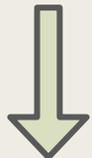
Valoración Programada PSQ:

- **Paciente estabilizado**
- **Valorable
psicopatológicamente**

Exploración
Psicopatológica Básica



Valorar F. Riesgo e Ideación
suicida



**Avisar a
Psiquiatra de
Guardia**

NO





CÓDIGO SUICIDIO Servicio Extremeño de Salud

3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Como ya se ha mencionado, el Código Suicidio es un protocolo de atención diseñado para dar respuesta coordinada, rápida y eficaz a las personas con riesgo de suicidio medio y alto, a través de la detección precoz, una atención inmediata y un seguimiento proactivo.

La valoración de las ideas de muerte y de la conducta suicida en una persona debe ser una tarea prioritaria del personal sanitario ya que supone una oportunidad de prevención de un caso de suicidio consumado.

Hoy sabemos que preguntar por las ideas suicidas no induce su aparición ni tampoco la consumación del suicidio, por lo que la **entrevista clínica es la mejor herramienta para su valoración y nada puede sustituirla**. Esta entrevista puede apoyarse en escalas estandarizadas que ayuden a cuantificar el riesgo de consumación de suicidio que presenta la persona en ese momento y guíen la derivación y la intervención de los profesionales.

Para ello es necesario planificar formación continuada y es preciso que los profesionales actualicen los conocimientos acerca de los problemas de salud mental y el suicidio.

CÓDIGO SUICIDIO

Urgencias relacionada s con el paciente Psicótico

PSICOSIS → Estado mental caracterizado por una escisión o pérdida de contacto con la realidad.

Motivos de acudir a SU:

- **Alteraciones psicopatológicas**
- **Efectos secundarios del tratamiento**
- **Quejas somáticas**

El paciente Psicótico en Urgencias

Evaluación de los principales síntomas psicóticos



Alucinaciones: percepción sensorial en ausencia de estímulo real, cuya experiencia se sostiene con convicción absoluta de realidad del paciente



Delirios: creencia o idea falsa, irrefutable a toda argumentación lógica. Mostrando el paciente una una certeza subjetiva y una convicción extraordinaria



Trastornos formales del pensamiento



Alteraciones de conducta

El paciente Psicótico en Urgencias

Intervención del paciente psicótico en Urgencias

Historia clínica → motivo de consulta, quien lo deriva, viene acompañado, estado de agitación del paciente. Antecedentes psiquiátricos y orgánicos

Exploración generalizada

Descartar patología orgánica.

Pruebas complementarias

El paciente Psicótico en Urgencias

Intervención del paciente psicótico en Urgencias

- Inicio abrupto, sin pródromos
- Ausencia de antecedentes de psicosis
- Focalidad neurológica
- Traumatismo craneoencefálico
- Sospecha de convulsiones o meningitis
- Deterioro cognitivo significativo de causa desconocida
- Alteraciones del estado mental de causa desconocida
- Psicosis de nuevo inicio en los siguientes supuestos:
 - Edad menor de 12 años o mayor de 40 años
 - Fiebre sin foco
 - Historia de abuso de sustancias
 - Cefalea con signos de malignidad

El paciente Psicótico en Organismos

Diagnóstico diferencial

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de psicosis orgánicas vs no orgánicas.

Características	Psicosis orgánica	Psicosis no orgánica
Inicio	Abrupto	Prodrómico
Alteraciones de la conciencia, atención o desorientación	Sí, posibles	No
Alteración de constantes vitales	Sí, posibles	No
Edad de inicio	Atípica (> 40 años)	Típica (< 40 años)
Fluctuaciones	Sí, posibles	No
Alucinaciones	visuales predominantemente	Auditivas normalmente
Focalidad neurológica	Sí, posible	No
Alteraciones cognitivas	Sí, posibles	No
Historia familiar	No normalmente	Sí, frecuente

Fuente: Elaboración propia

El paciente Psicótico en Urgencias

Intervención del paciente psicótico en Urgencias

Historia
clínica

Identifico
síntomas
psicóticos

Descarto
causa
orgánica

**Llamo a
Psiquiatría
de
guardia**

El paciente Psicótico en entrevistas

Recomendaciones para la entrevista

- ✓ Lugar tranquilo, no exceso de estímulos.
- ✓ Preservar seguridad del paciente y del entrevistador.
- ✓ Tratar de generar confianza. Actitud sincera, empática y fime. Permitir que el paciente se adapte a la situación y a nosotros, ofreciéndole tiempo y espacio. Comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro
- ✓ 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.

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

Intervención del paciente maníaco en Urgencias

Anamnesis con antecedentes familiares y personales.

Evaluación del episodio actual

Exploración Psicopatológica básica.

Avisar a Psiquiatra de guardia.

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 imitación 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 orgánica⁵

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

Tabla II: Fármacos que pueden ocasionar delirium:

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

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^{3,5,6.}

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

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.

- Examen 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

■ 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
benzodiazepinas

Si tolera vía oral, colaborador y abordable → PAUTA ORAL:

OLANZAPINA 10-20MG

Si excesiva agitación, no colaborador ni abordable o no tolera vía oral → PAUTA IM: **HALOPERIDOL IM + VAMLIUM 10 IM.**

- Valor

grado de

agitación/colaboración: vía oral (de elección)/vía IM ó IV.

ANTIPSIKÓTICOS

BENZODIACEPINAS

(levomepromazina)

VO : 25;100 mg / IM: 25 mg
(25-100 mg)

Zyprexa[®] (olanzapina)

VO: 5, 10 mg
(10-20 mg)

Valium[®] (diazepam)
10 mg / IM: 10 mg

Clorazepato[®] (clorazepato dipotásico)

VO: 10; 50 mg / IM: 20; 50 mg
(25-75 mg)

Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

■ **Contención mecánica**

NUNCA DEBE APLICARSE
COMO CASTIGO O PARA
COMODIDAD DEL
PERSONAL

- Objetivos:

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

- Es una **prescripción facultativa**.

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

Urgencias relacionadas con la agitación psicomotriz

■ **Contención mecánica**

- 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 mecánica**

- 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 > 24h con la contención.
- Indicar vigilancia estrecha.
- Control de constantes vitales.

Urgencias derivadas del Sd. Confusional Agudo (Delirium)

- Es un síndrome neuropsiq complejo, resultado directo de una enfermedad 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

Delirium

■ Factores predisponentes / 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

(Delirium) ■ Factores desencadenantes/precipitantes

Tabla III. Principales causas de delirium.

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

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

Urgencias derivadas del Sd. Confusional

ium)

■ **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).

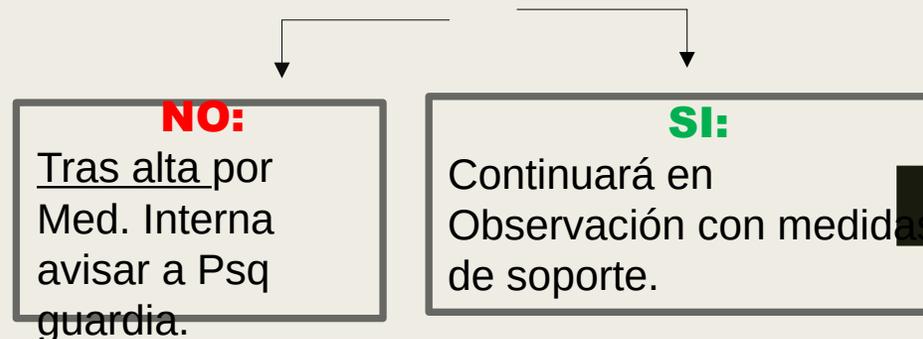
*Sujeción mecánica si precisa.

****EVITAR BENZODIACEPINAS.**

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 Alérgicas 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 Intoxicaciones Medicamentosas y por Otras Sustancias

- Un **20%** de las urgencias psiquiátricas son producidas tras un problema de consumo de sustancias. Alteraciones de conducta, de la percepción y del pensamiento.
- Puede existir clínica solapada:
 - **1º) Control de la sintomatología aguda** derivada del consumo de la sustancia
 - **2º) Posteriormente evaluación psicopatológica** si precisa.

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**®.

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**[®] IM . Control: TA, fiebre, hidratación, electrolitos...

- Farmacológico:

Tranxilium[®] (cloracepato) 25-50 mg/8 h

Valium[®] (diazepam): 5-10 mg/8 h.

Tiaprizal[®] (tiapride): 200-400 mg (2-4 comp/amp)/8 h.

Lorazepam en caso de hepatopatía

Manejo Psicofarmacológico Básico en

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.

El Examen Mental

- 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.

Cuándo llamar al Psiquiatra

“Nunca antes de tener la historia clínica 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

Cuándo no llamar al Psiquiatra

- En las **intoxicaciones**
- En las **abstinencias.**
- A la primera, cuando en triaje pone "paciente psiquiátrico", para avisar que ha llegado una intoxicación.....
- No se llama al cirujano ante un dolor abdominal , ni al cardiólogo ante dolor precordial, ni al neumólogo por una disnea hasta que no se han realizado las PC correspondientes y se han filiado.
- En cuadros de probable origen orgánico
 - Síndromes Confusionales
 - Deliriums Tremens
 - Demencias con alteraciones de conducta sin valorar por neurología
 - Alteraciones de conducta sin descartar organicidad

No hay psiquiatra exclusivamente de guardia por las mañanas



¡ Gracias !