PSIQUIATRÍA

Coordinadoras: Esperanza Macarena Villar Fernández. Beatriz-Oda Plasencia García de Diego

PSIQUIATRÍA 1
CONDUCTAS E IDEAS SUICIDAS 2
DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA 7
DEPRIVACIÓN DE DROGAS 13
PACIENTE AGITADO 17
PSICOSIS 24
TRASTORNO DE ANSIEDAD 27

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
ISBN: 978-84-09-24021-0
Copyright © 2020 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

CONDUCTAS E IDEAS SUICIDAS

García Bernal, Cristina
Gutiérrez Rodríguez, Rocío
Vilches Guerra, Ana María

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la gran epidemia del siglo XXI, con cifras en claro aumento. En España, en 2006, fallecieron por suicidio 2017 personas; en 2016, hubo 3569 defunciones por suicidio. Actualmente, pueden fallecer en España aproximadamente 10 personas/ día. El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo:

- Más del doble de muertes que los accidentes de tráfico.
- 13 veces más que los homicidios.
- 67 veces más que la violencia de género.

Sin embargo, nuestro país no cuenta con un plan de prevención generalizado y en algunos entornos sigue siendo un tema tabú. La atención en Urgencias de la ideación suicida o los intentos de suicidio es un tema de elevadísima importancia.

DEFINICIÓN

Ideación autolítica:
Existencia de pensamientos persistentes centrados en el deseo de cometer suicidio o su planificación.

Intento o Gesto autolítico:
Conducta autolesiva con resultado no mortal.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

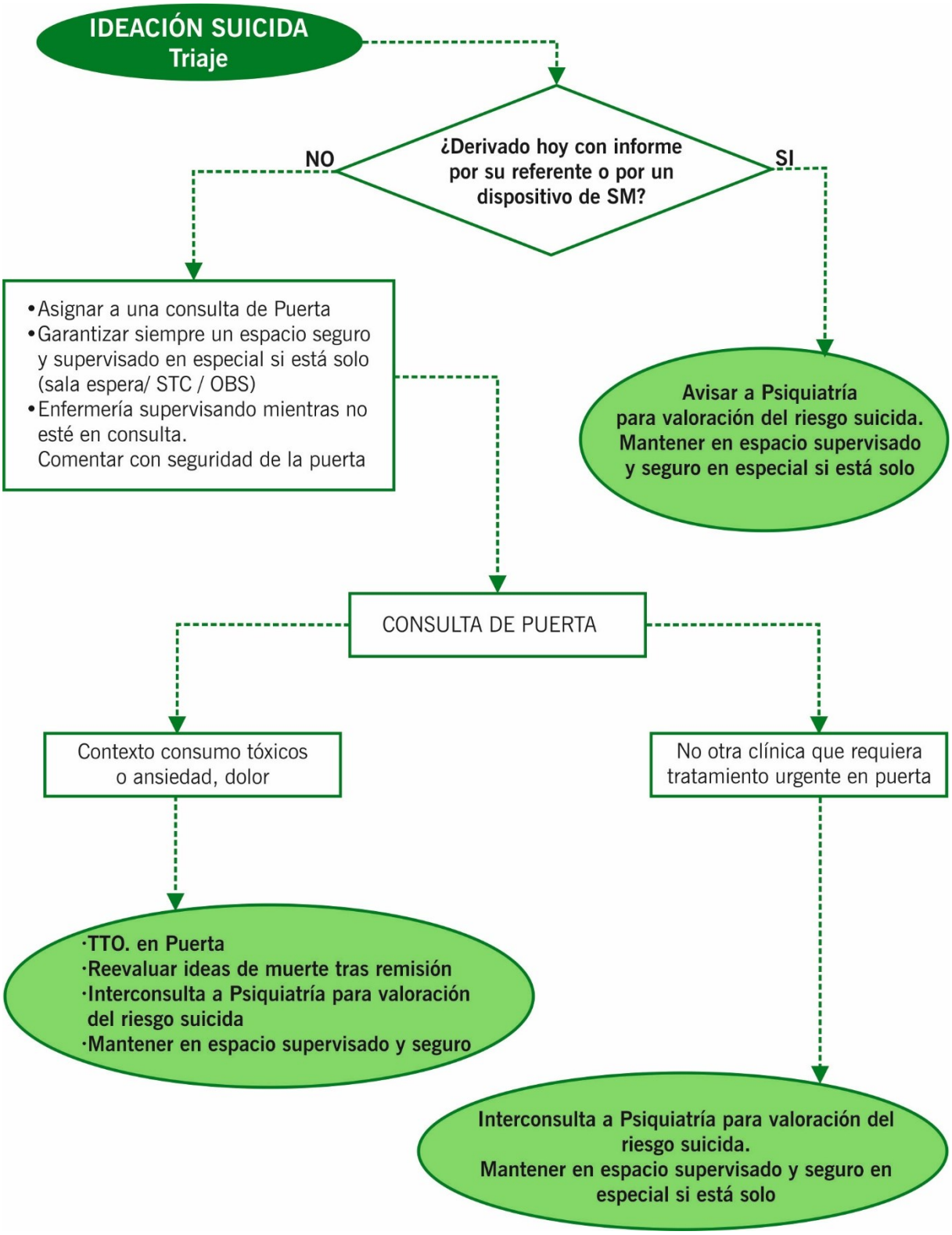
- Comunicación de la idea o la conducta suicida reciente por el paciente o allegados.
- Conducta autolesiva observable en el área de urgencias.

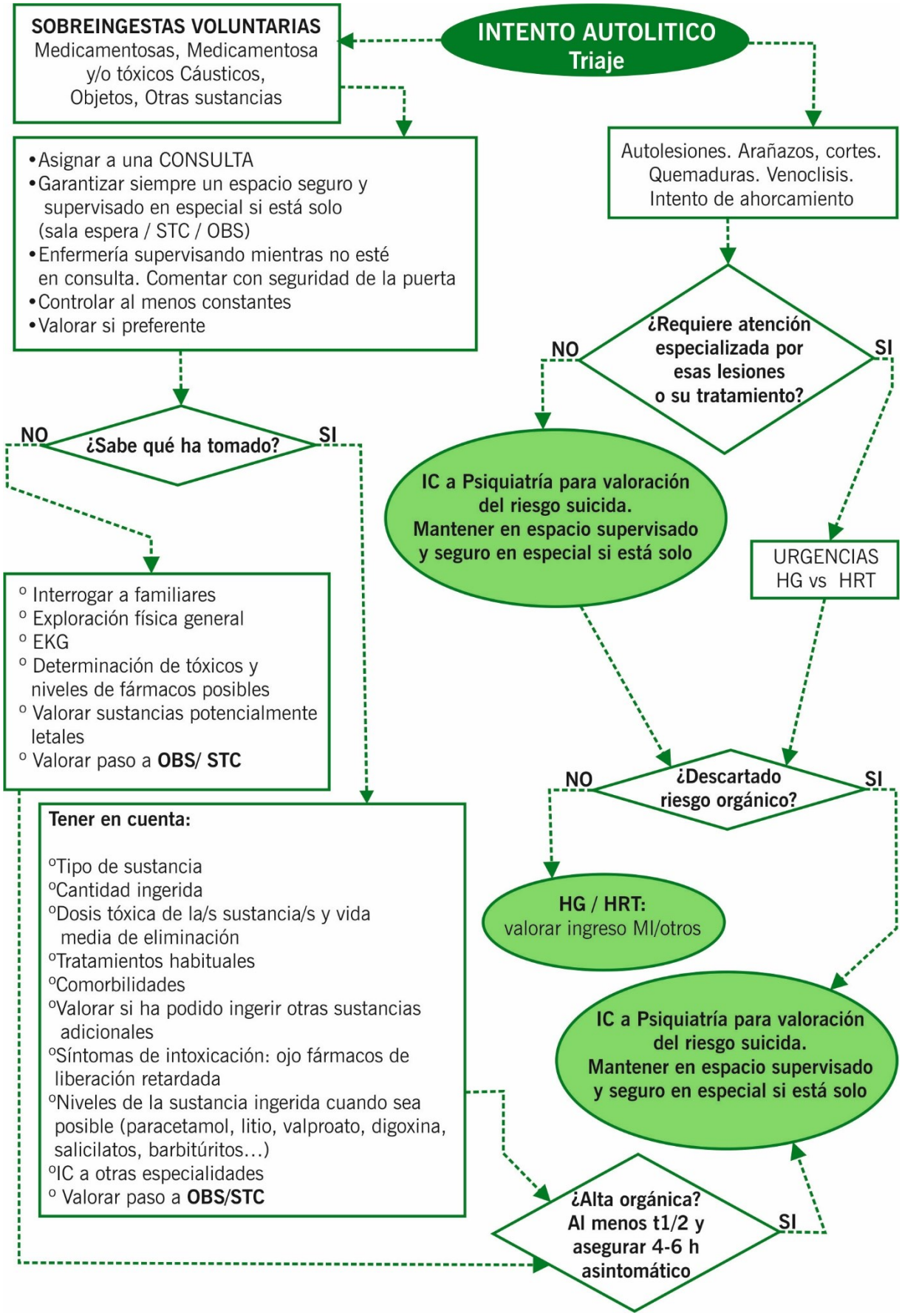
Síntomas acompañantes:

- Puede acompañarse de ansiedad.
- Frecuentes síntomas depresivos.
- Los propios de la intoxicación medicamentosa en su caso.
- Los propios de la droga de abuso en su caso.
- Lesiones propias del método lesivo (heridas, abrasiones, quemaduras, fracturas...).

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis al paciente y familiares.
- Información aportada por derivante.
- Exploración física general.
- Toma de constantes.
- Test de tóxicos en orina o sangre si sospecha.


IDEACIÓN SUICIDA
Triaje
¿Derivado hoy con informe por su referente o por un dispositivo de SM?
NO
SI
•Asignar a una consulta de Puerta
•Garantizar siempre un espacio seguro y supervisado en especial si está solo (sala espera/ STC / OBS)
•Enfermería supervisando mientras no esté en consulta.
Comentar con seguridad de la puerta
Avisar a Psiquiatría para valoración del riesgo suicida. Mantener en espacio supervisado y seguro en especial si está solo
CONSULTA DE PUERTA
Contexto consumo tóxicos o ansiedad, dolor
No otra clínica que requiera tratamiento urgente en puerta
·TTO. en Puerta
·Reevaluar ideas de muerte tras remisión
·Interconsulta a Psiquiatría para valoración del riesgo suicida
·Mantener en espacio supervisado y seguro
Interconsulta a Psiquiatría para valoración del riesgo suicida.
Mantener en espacio supervisado y seguro en especial si está solo


INTENTO AUTOLITICO
Triaje
SOBREINGESTAS VOLUNTARIAS
Medicamentosas, Medicamentosa y/o tóxicos Cáusticos, Objetos, Otras sustancias
•Asignar a una CONSULTA
•Garantizar siempre un espacio seguro y supervisado en especial si está solo (sala espera / STC / OBS)
•Enfermería supervisando mientras no esté en consulta. Comentar con seguridad de la puerta
•Controlar al menos constantes
•Valorar si preferente
NO
¿Sabe qué ha tomado?
SI
º Interrogar a familiares
º Exploración física general
º EKG
º Determinación de tóxicos y niveles de fármacos posibles
º Valorar sustancias potencialmente letales
º Valorar paso a OBS/ STC
Tener en cuenta:
ºTipo de sustancia
ºCantidad ingerida
ºDosis tóxica de la/s sustancia/s y vida media de eliminación
ºTratamientos habituales
ºComorbilidades
ºValorar si ha podido ingerir otras sustancias adicionales
ºSíntomas de intoxicación: ojo fármacos de liberación retardada
ºNiveles de la sustancia ingerida cuando sea posible (paracetamol, litio, valproato, digoxina, salicilatos, barbitúritos…)
ºIC a otras especialidades
º Valorar paso a OBS/STC
Autolesiones. Arañazos, cortes. Quemaduras. Venoclisis. Intento de ahorcamiento
¿Requiere atención especializada por esas lesiones o su tratamiento?
NO
SI
IC a Psiquiatría para valoración del riesgo suicida. Mantener en espacio supervisado y seguro en especial si está solo
URGENCIAS
HG vs HRT
¿Descartado riesgo orgánico?
NO
SI
HG / HRT:
valorar ingreso MI/otros
IC a Psiquiatría para valoración del riesgo suicida. Mantener en espacio supervisado y seguro en especial si está solo
¿Alta orgánica? Al menos t1/2 y asegurar 4-6 h asintomático
SI

OTRAS CONSIDERACIONES. VÁLIDO PARA IDEACIÓN E INTENTO

Si el paciente pide ALTA VOLUNTARIA en el área de urgencias, se podrían dar dos casos:

1. Si el paciente está intoxicado, existe riesgo orgánico o está incapacitado NO puede pedir el ALTA VOLUNTARIA.

   a) Podría requerir contención mecánica (valorando paso a OBS/ sala supervisada) si existe riesgo para su seguridad y el médico de urgencias lo estima oportuno.

2. Resto de casos: el médico referente de puerta debe dejar por escrito que el paciente se encuentra en condiciones de solicitar el ALTA VOLUNTARIA (porque estima que no hay motivos que mermen su competencia), en ese caso, avisar a PSQ, se evaluará el riesgo autolítico lo antes posible.

NOTA: en caso de demanda de alta voluntaria durante el periodo de evolución orgánica se contactará con PSQ de guardia a fin de promover una valoración precoz del caso. La valoración de la competencia para la toma de decisiones concierne a cualquier médico, aunque en caso de duda el psiquiatra de guardia puede ayudar al médico de puerta en esta evaluación. Si ésta no estuviera alterada y no hubiera criterios en contra desde el punto de vista de las dos especialidades el paciente podrá firmar la alta voluntaria.

En caso de FUGA, a criterio de quien haya visto el paciente porque cada caso es muy variable. Habría que hacer una gradación de a quién avisar y emitir SIEMPRE el parte al juzgado.

Según el riesgo que se perciba, el orden sería el siguiente:

1. Intentar localizar por teléfono al paciente / a la familia.
2. Si la familia está al tanto de la situación, los remitiría al día siguiente a Atención Primaria, advirtiéndoles por teléfono que vuelvan a consultar en urgencias ante cualquier situación de riesgo percibida, y dejando anotado todo eso en la historia clínica.
3. En caso que la familia no sepa nada, estén alarmados, que el paciente no haya aparecido por el domicilio, etc.... si se considera que el riesgo es alto, habría que avisar al 112 y a la policía, para que busquen al paciente y lo traigan de nuevo al área de Urgencias.
   [No tiene por qué ser necesariamente el médico, puede hacerlo personal de enfermería, admisión.].

NOTA ACLARATORIA: si es preciso, consultar con Psiquiatría de guardia para evaluación del caso, consenso en el plan de actuación y manejo conjunto

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Urgencias en Psiquiatría. SEDUP, Ediciones SEDUP, 2018.
2. http://www.manualresidentepsiquiatria.es/login.php. Capítulo 47, Anne Gómez Llonin e Íngrid Ibáñez Plans.
3. https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/CmsHUVR/galerias/documentos/profesionales/biblioteca/manuales/manualdeurgencias.pdf.
4. Web del Instituto Nacional de Estadística (INE). http://ine.es. (Consultado el 11 de diciembre de 2019.

DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA

Plasencia García de Diego, Beatriz-Oda
Rubio García, Ana
Villar Fernández, Esperanza Macarena

INTRODUCCIÓN

La identificación de un síndrome de abstinencia a alcohol es de vital importancia por la morbilidad y la posible letalidad de los síntomas. Es necesario garantizar la seguridad del paciente durante el tratamiento de esta situación urgente, disminuir los síntomas de la abstinencia y prevenir en la medida de lo posible la aparición de situaciones tales como el delirium tremens, las convulsiones y la encefalopatía de Wernicke.

DEFINICIÓN

Es el cuadro resultante de la interrupción brusca de la ingesta de alcohol, total o relativa, en un paciente con dependencia física a dicha sustancia.

Aparece entre 4-12 tras la última ingesta de alcohol (o reducción del consumo habitual). Es una urgencia médica y requiere tratamiento rápido y enérgico.

SÍNTOMAS

Suele tener el siguiente correlato temporal:

- **Fase 1** (primeras 24 h): Cursa con aumento del tono vegetativo, con temblor, ansiedad, insomnio náuseas, malestar gastrointestinal.
  Suele corresponder con una CIWA-Ar <10 puntos.
- **Fase 2** (>24 h): Mayor incremento tono vegetativo (palpitaciones, crisis hipertensivas, sudoración profusa), dificultad para la marcha, inquietud psicomotriz, hiperreflexia, desorientación … Pueden producirse crisis comiciales.
  Suele corresponder con una CIWA-Ar 10-20 puntos
- **Alucinosis Alcohólica**: alucinaciones que aparecen en las 12-24 horas de la abstinencia, suelen resolverse en otras 24-48 h. Característicamente son visuales (comúnmente insectos u otros animales en la habitación), aunque también pueden ser auditivas o táctiles. Habitualmente no está asociada a alteraciones en la cognición ni desorientación.
- **Delirium Tremens (DT)** (>72h): se eleva más el tono vegetativo, pudiendo cursar con inestabilidad hemodinámica, alucinaciones visuales (pueden aparecer auditivas y táctiles), desorientación, obnubilación de la conciencia. Clínica fluctuante.

Factores de riesgo DT

- DT previo
- Abstinencia con alcoholemia positiva
- Signos de consumo crónico
- Abuso y mal uso de BZD
- Enfermedades concurrentes --> 30 años
- Periodo prolongado desde último consumo

CIWA-AR: Escala de evaluación de abstinencia para el alcohol. No debe usarse para el diagnóstico de la abstinencia ya que la escala no incluye el requisito previo de consumo excesivo y los síntomas valorados no son específicos, hay síntomas importantes no incluidos. Se emplea para valorar la gravedad de la abstinencia y ayudar a decidir la necesidad de tratamiento.

ESCALA CIWA-Ar

NÁUSEAS Y VÓMITOS

0	Sin náuseas ni vómitos.
1	Náuseas leves sin vómitos.
2	
3	
4	Náuseas intermitentes con esfuerzos secos.
5	
6	
7	Náuseas y vómitos constantes.

TEMBLOR

0	Sin temblor.
1	No visible, puede sentirse en los dedos.
2	
3	
4	Moderados con los brazos extendidos.
5	
6	
7	Severo, incluso con los brazos no extendidos.

SUDOR

0	No visible.
1	Palmas húmedas.
2	
3	
4	Sudor en la frente.
5	
6	
7	Empapado.

AGITACIÓN

0	Actividad normal.
1	Actividad algo mayor de lo normal.
2	
3	
4	Moderadamente inquieto y agitado.
5	
6	
7	Camina de un lado a otro durante la mayor.

CEFALEA

0	No presente.
1	Muy leve.
2	Leve.
3	Moderada.
4	Moderadamente severa.
5	Severa.
6	Muy severa.
7	Extremadamente severa.

ANSIEDAD

0	No ansioso.
1	Ligeramente.
2	
3	
4	Moderado.
5	
6	
7	Ataque agudo de pánico.

ALTERACIONES VISUALES

Pregunte	¿Le parece que la luz es demasiado brillante? ¿Es distinto el color? ¿Les molesta a los ojos? ¿Ve algo que le perturba? ¿Ve cosas que sabe que no están ahí?
0	Ninguna.
1	Muy leves.
2	Leves.
3	Moderadas.
4	Alucinaciones moderadas.
5	Alucinaciones severas.
6	Alucinaciones extremas.
7	Alucinaciones continuas.

ALTERACIONES TÁCTILES

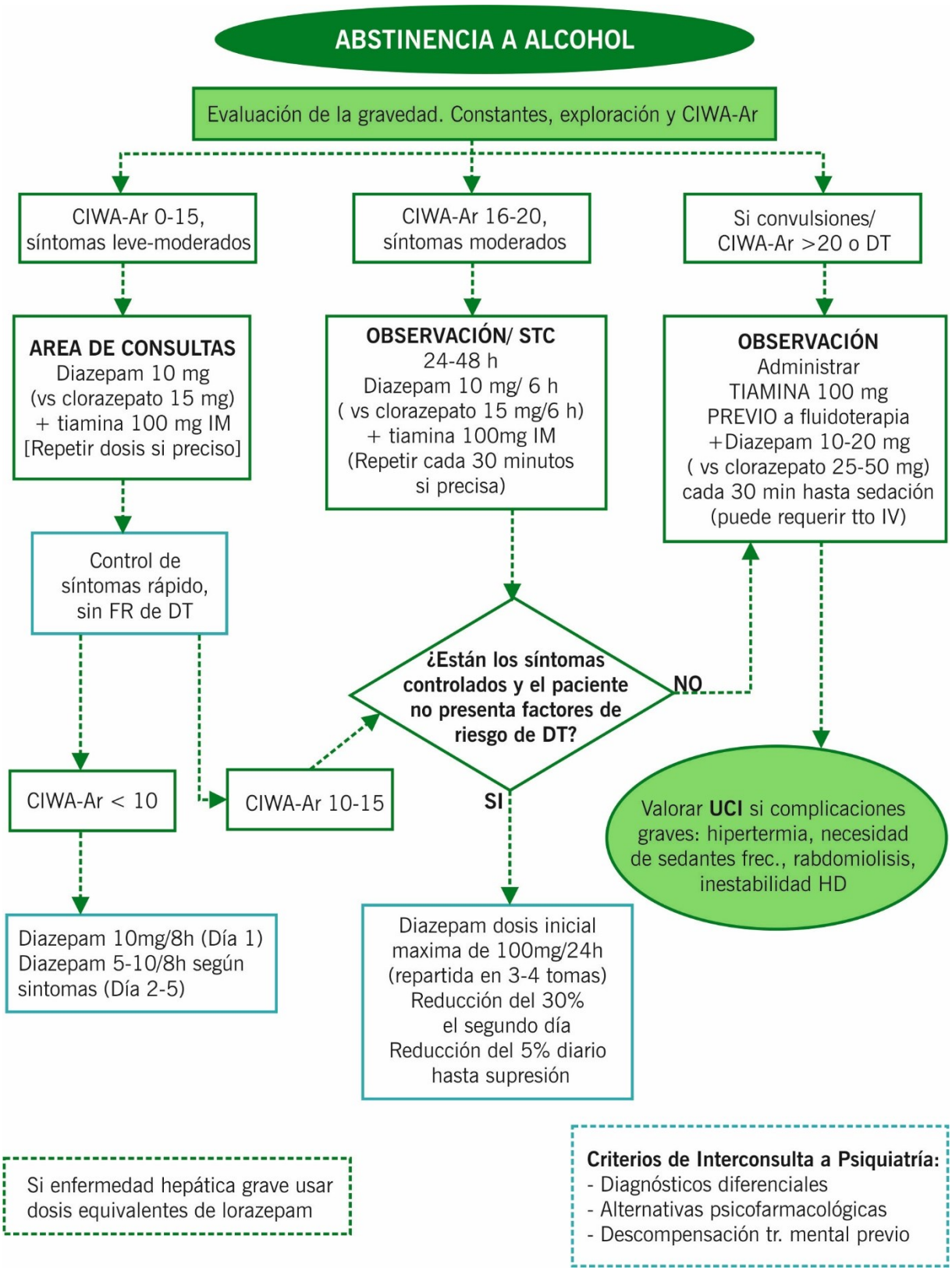
Pregunte	¿Tiene alguna sensación de picor, hormigueo, ardor o entumecimiento, o se siente como si le corrieran bichos por la piel?
0	Ninguna.
1	Sensación muy leve (punzante, ardiente, cosquilleo, etc.).
2	Sensación suave.
3	Sensación moderada.
4	Alucinaciones moderadas.
5	Alucinaciones severas.
6	Alucinaciones extremas.
7	Alucinaciones continuas.

ALTERACIONES AUDITIVAS

Pregunte	¿Es más consciente de los sonidos a su alrededor? ¿Son estridentes? ¿Le dan miedo? ¿Oye algo que le perturba? ¿Oye cosas que sabe que no están ahí?
0	Ninguna.
1	Muy leves sonidos secos o capaces de asustar.
2	Ídem leves.
3	Ídem moderados.
4	Alucinaciones moderadas.
5	Alucinaciones severas.
6	Alucinaciones extremas.
7	Alucinaciones continuas.

ORIENTACIÓN Y FUNCIONES SUPERIORES

0	Orientado y puede sumar.
1	No puede sumar, indeciso en la fecha.
2	Desorientado temporalmente (<2 días calendario).
3	Mayor desorientación temporal (>2 días).
4	Desorientación espacial y/o en persona.
5	
6	
7	


ABSTINENCIA A ALCOHOL
Evaluación de la gravedad. Constantes, exploración y CIWA-Ar
CIWA-Ar 0-15, síntomas leve-moderados
CIWA-Ar 16-20, síntomas moderados
Si convulsiones/ CIWA-Ar >20 o DT
AREA DE CONSULTAS
Diazepam 10 mg
(vs clorazepato 15 mg)
+ tiamina 100 mg IM
[Repetir dosis si preciso]
OBSERVACIÓN/ STC
24-48 h
Diazepam 10 mg/ 6 h
(vs clorazepato 15 mg/6 h)
+ tiamina 100mg IM
(Repetir cada 30 minutos si precisa)
OBSERVACIÓN
Administrar
TIAMINA 100 mg
PREVIO a fluidoterapia
+Diazepam 10-20 mg
(vs clorazepato 25-50 mg)
cada 30 min hasta sedación
(puede requerir tto IV)
Control de síntomas rápido, sin FR de DT
¿Están los síntomas controlados y el paciente no presenta factores de riesgo de DT?
NO
SI
CIWA-Ar < 10
CIWA-Ar 10-15
Valorar UCI si complicaciones graves: hipertermia, necesidad de sedantes frec., rabdomiolisis, inestabilidad HD
Diazepam 10mg/8h (Día 1)
Diazepam 5-10/8h según sintomas (Día 2-5)
Diazepam dosis inicial maxima de 100mg/24h (repartida en 3-4 tomas)
Reducción del 30% el segundo día
Reducción del 5% diario hasta supresión
Si enfermedad hepática grave usar dosis equivalentes de lorazepam
Criterios de Interconsulta a Psiquiatría:
- Diagnósticos diferenciales
- Alternativas psicofarmacológicas
- Descompensación tr. mental previo

BIBLIOGRAFÍA

1. National Collaborating Centre of Mental Health. (2011). Alcohol-use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence: NICE Clinical guideline 115. Recuperado en http//www.nice.org.uk/CG115 [NICE guideline].
2. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-1357.
3. Hoffman RS, Weinhouse GL. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. In Traub SJ, ed. UpToDate. Waltham Mass.: UpToDate 2019. Consultado el 30 de septiembre 2019
4. Pace C. Alcohol withdrawal: epidemiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In Saitz R, ed. UpToDate. Waltham Mass.: UpToDate 2019. Consultado el 30 de septiembre 2019
5. Holt SR, Tetrault JM. Ambulatory management of alcohol withdrawal. In Saitz R, ed. UpToDate. Waltham Mass.: UpToDate 2019. Consultado el 30 de septiembre 2019
6. Shaw et al. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. Assessment and effectiveness of supportive care. J Clin Psychopharmacol 1981; 1: 382-387

DEPRIVACIÓN DE DROGAS

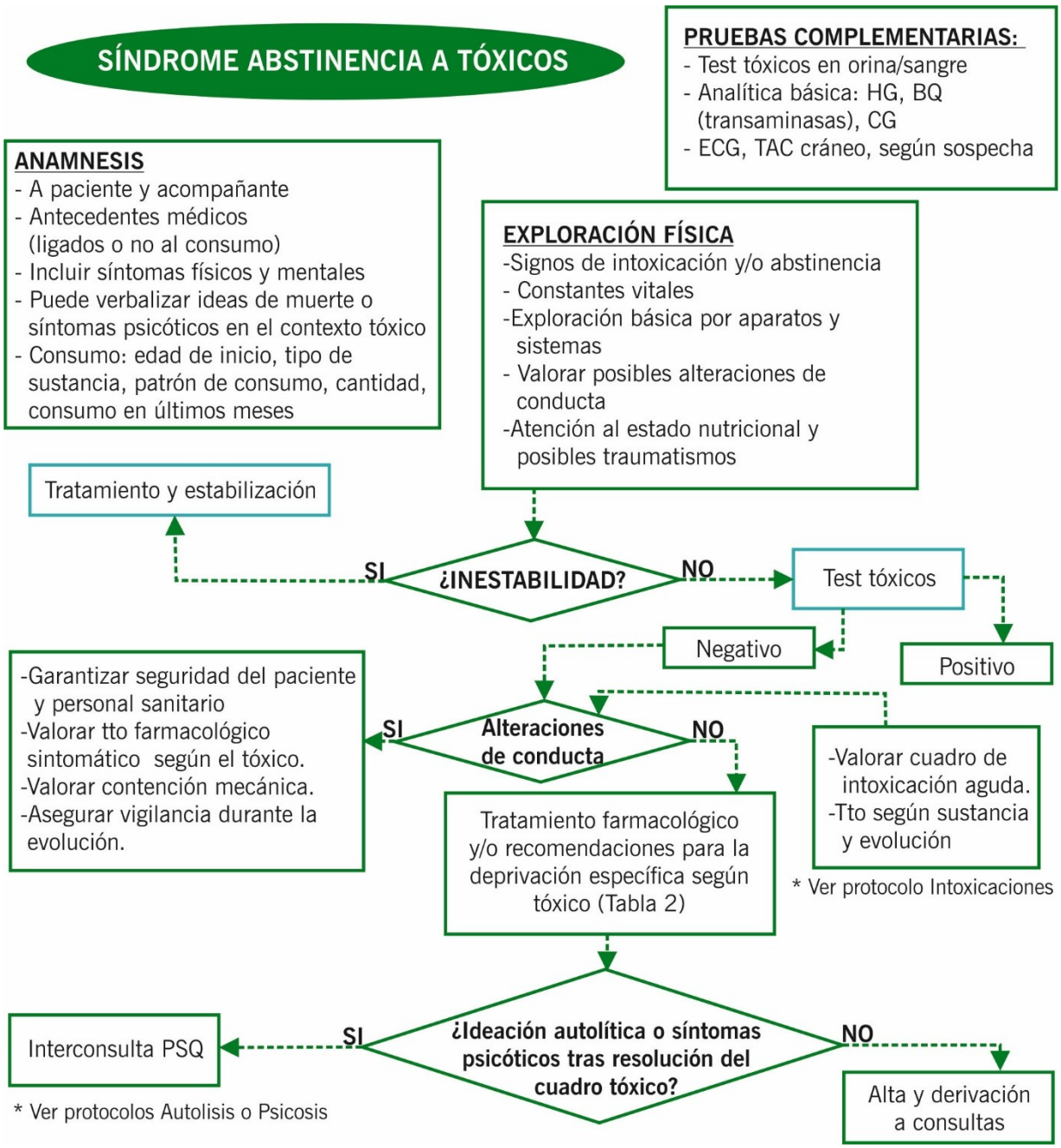
Gutiérrez Rodríguez, Rocío
Castaño López, Matilde
Villar Fernández, Esperanza Macarena

CONCEPTO

La abstinencia de tóxicos es el conjunto de signos y síntomas que aparecen tras el cese de consumo de la/s sustancia/s a la/s que el paciente es adicto.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA POR SUSTANCIAS

SUSTANCIA	CLÍNICA DE ABSTINENCIA
Alcohol	Temblores, insomnio, sudoración, náuseas… pudiendo llegar a convulsiones o Delirium Tremens en los casos más graves.
Sedantes e Hipnóticos	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio y convulsiones.
Opiáceos (Heroína)	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio y convulsiones.
Cocaína	Depresión, irritabilidad, insomnio, cambios en el apetito, náuseas, letargia, anergia, enlentecimiento psicomotor, trastornos en el ritmo del sueño, hipersomnia, apatía
Anfetaminas	Fatigabilidad, trastorno del sueño, alteraciones del apetito, irritabilidad y humor depresivo.
Cannabis	
Inhalantes	
Tabaco	


SÍNDROME ABSTINENCIA A TÓXICOS
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Test tóxicos en orina/sangre
- Analítica básica: HG, BQ (transaminasas), CG
- ECG, TAC cráneo, según sospecha
ANAMNESIS
- A paciente y acompañante
- Antecedentes médicos (ligados o no al consumo)
- Incluir síntomas físicos y mentales
- Puede verbalizar ideas de muerte o síntomas psicóticos en el contexto tóxico
- Consumo: edad de inicio, tipo de sustancia, patrón de consumo, cantidad, consumo en últimos meses
EXPLORACIÓN FÍSICA
-Signos de intoxicación y/o abstinencia
- Constantes vitales
-Exploración básica por aparatos y sistemas
- Valorar posibles alteraciones de conducta
-Atención al estado nutricional y posibles traumatismos
Tratamiento y estabilización
SI
¿INESTABILIDAD?
NO
Test tóxicos
Negativo
Positivo
-Garantizar seguridad del paciente y personal sanitario
-Valorar tto farmacológico sintomático según el tóxico.
-Valorar contención mecánica.
-Asegurar vigilancia durante la evolución.
SI
Alteraciones de conducta
NO
-Valorar cuadro de intoxicación aguda.
-Tto según sustancia y evolución
* Ver protocolo Intoxicaciones
Tratamiento farmacológico y/o recomendaciones para la deprivación específica según tóxico (Tabla 2)
Interconsulta PSQ
SI
¿Ideación autolítica o síntomas psicóticos tras resolución del cuadro tóxico?
NO
Alta y derivación a consultas
* Ver protocolos Autolisis o Psicosis

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y/O RECOMENDACIONES PARA LA DEPRIVACIÓN ESPECÍFICA SEGÚN TÓXICO

SUSTANCIA	TRATAMIENTO DE LA ABSTINENCIA EN URGENCIAS*
Alcohol	Ver tema en cuestión.
Sedantes e Hipnóticos	Pautar BZD, véase **diazepam 10 mg** vo en pacientes colaboradores vs diazepam 5-10 mg ó **midazolam 2,5-5 mg** im en poco colaboradores.
Opiáceos	Si ansiedad intensa, **diazepam 10-20 mg** ó **clorpromazina 25 mg** im.
Estimulantes (Cocaína y anfetaminas)	En general no precisa. Si ansiedad intensa, tratamiento sintomático. • Si colabora: o 1. Antipsicóticos Sublinguales: ▪ **Risperidona 2-4 mg.** ▪ **Olanzapina 10-20 mg.** o 2. Antipsicóticos Orales: ▪ **Haloperidol 5-10 mg.** o 3. Si BZD. ▪ **Lorazepam 2-5 mg.** o 4. Asociaciones: ▪ **Haloperidol 5-10 mg + Midazolam 2,5 mg.** ▪ **Olanzapina 10-20 mg + Lorazepam 1-4 mg.** • Si no colabora: ▪ **Haloperidol 5-10 mg im.** ▪ **Midazolam 5-10 mg im.** ▪ **Haloperidol 5-10 mg + Midazolam 5 mg im.**
Cannabis	No existen recomendaciones terapéuticas específicas de urgencia.
Inhaladores	No existen recomendaciones terapéuticas específicas de urgencia.
Tabaco	Terapia sustitutiva con **nicotina, bupropion y vareniciclina.**

*** NOTA ACLARATORIA:** estas opciones terapéuticas se eligen entre las alternativas disponibles en Urgencias del Hospital Virgen del Rocío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Machio Paloma C, Mata Saenz B, Gómez Soler MR, Gordillo Urbano, RM. Urgencias relacionadas con el consumo de sustancias. In: Manual de urgencias psiquiátricas. 1ªEdición. Madrid: SEDUP; 2018.p. 219-233
2. Gutiérrez Fraile M, Roca Bennasar M, Bernardo Arroyo M. Manual del residente de psiquiatría. 3ª Edición. Disponible en: http://www.manualresidentepsiquiatria.es/
3. Cisneros Herreros JM, Carneado de la fuente J. Manual de Urgencias de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. 2009.
4. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. El paciente drogodependiente. In: Manual de Urgencias psiquiátricas. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. P. 279-298.

PACIENTE AGITADO

García Sánchez, Cándido Manuel
Jiménez Casado, Carmen
Villar Fernández, Esperanza Macarena

CONCEPTO

La agitación psicomotriz es un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna. Puede acompañarse de alteraciones afectivas, del pensamiento y, en ocasiones, del estado de conciencia, típicamente fluctuantes.

Sus causas pueden ser muy variadas, se dividen en orgánicas (o por condición médica), tóxicas y psiquiátricas.

Se habla de agitación indiferenciada cuando existe una combinación de los síntomas propios de cada una de las anteriores o se carece de información clínica para una aproximación etiológica, lo cual es relativamente frecuente en el contexto de urgencias.

El error más grave que puede cometerse ante un paciente agitado es presumir un origen psiquiátrico, olvidando descartar un proceso orgánico, de potencial riesgo vital, como la hipoglucemia, la hemorragia subaracnoidea, la intoxicación aguda grave, la meningoencefalitis, el hematoma epidural o subdural, la encefalopatía de Wernicke, etc.

POSIBLES CAUSAS DE AGITACIÓN

ORGÁNICAS

ENDOCRINOLÓGICAS

- Hipertiroidismo.
- Insuficiencia suprarrenal aguda.
- Hiper/hipoglucemias.

NEUROLÓGICAS

- Encefalopatía hipóxico-isquémica/hipertensiva.
- Menigoencefalititis.
- TCE complicado.
- Epilepsia parcial compleja y estados postcríticos.
- HSA espontánea.
- Demencias.
- Neoplasias SNC.
- AVC.

TÓXICAS

INTOXICACIÓN

- Alcohol.
- Cocaína.
- Anfetaminas.
- Drogas diseño.
- LSD.
- Intoxicación digitálica.

ABSTINENCIA

- Alcohol.
- Heroína.
- Benzodiacepinas. Barbitúricos.

PSIQUIÁTRICAS

TRASTORNOS PSICÓTICOS

- Esquizofrenia.
- Psicosis aguda.
- Trastorno esquizoafectivo.

TRASTORNOS AFECTIVOS

- Trastorno bipolar, especialmente episodio maníaco.
- Depresión agitada.

POSIBLES CAUSAS DE AGITACIÓN (continuación)

ORGÁNICAS

METABÓLICAS

- Hipoxia/hipercapnia.
- Deshidratación.
- Trastornos iónicos.
- Hipertermia/fiebre.
- Insuficiencia cardiaca.
- Encefalopatía hepática/urémica
- Porfiria.
- Lupus eritematoso sistémico.

TÓXICAS

FARMÁCOS

- Antiepilépticos.
- Opioides.
- Antihistamínicos.
- Anticolinérgicos.
- Ansiolíticos.
- Antibióticos.
- Esteroides.
- Inmunosupresores
- Antiparkinsonianos.

PSIQUIÁTRICAS

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

- Principalmente los tipos límite y disocial.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Trastornos de pánico.
- Trastorno de estrés postraumático.

TRASTS. GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

- Autismo.
- Síndrome de Asperger.

TRASTS. DE INICIO EN INFANCIA

- Trastorno negativista desafiante.
- Trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL
OTROS TRASTS. ADAPTATIVOS

- Privación sensorial en pacientes.

UCI Intervenciones oftalmológicas.

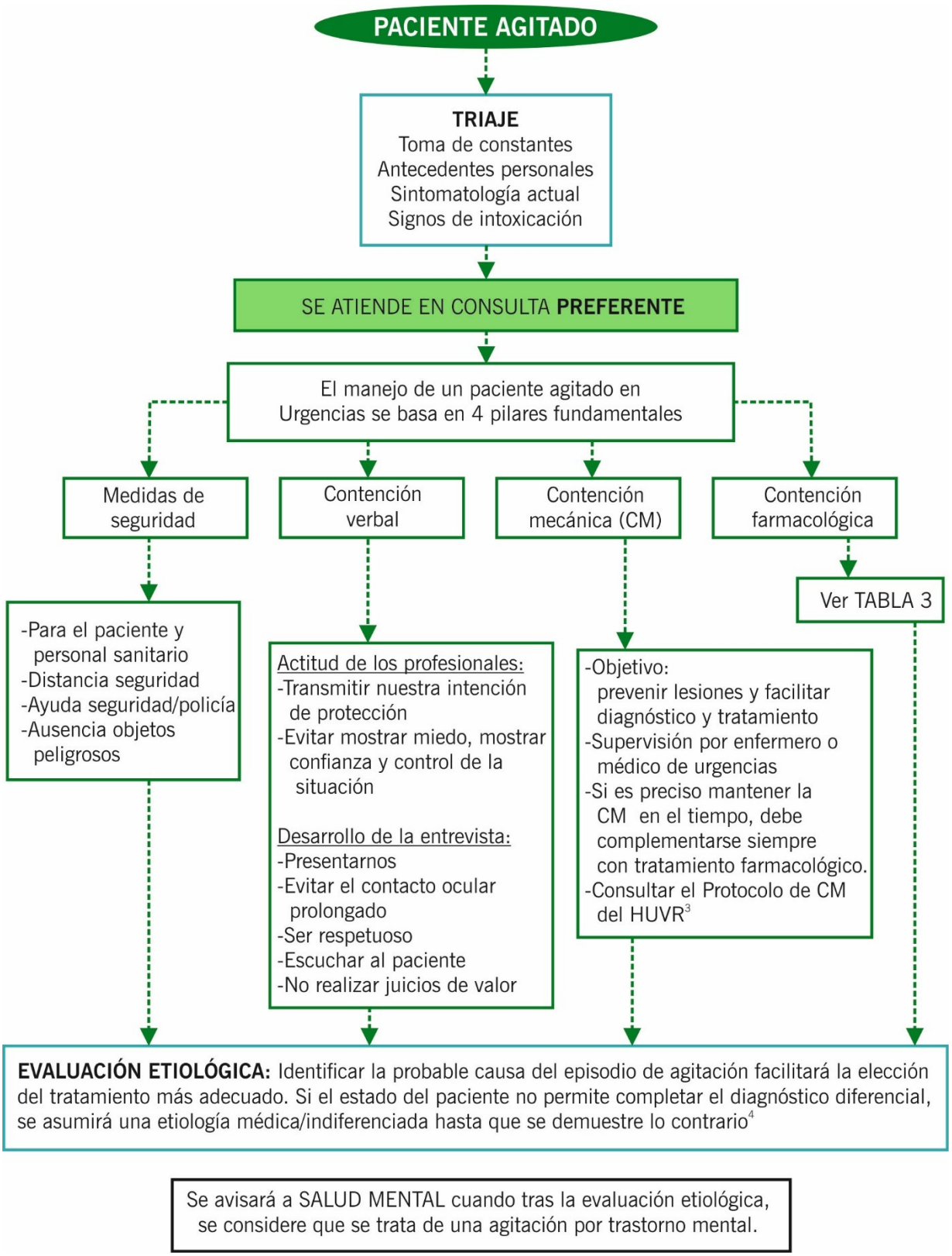
OTRAS

- Fases iniciales shock y fracaso multiorgánico
- Retención aguda orina

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA AGITACIÓN

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA	AGITACIÓN POR INTOXICACIÓN/ABSTINENCIA
Nivel de conciencia	Fluctuante Alteración de conciencia (obnubilación, sobre todo nocturna).	No suele fluctuar.	En caso de intoxicación debe haber presencia clara de consumo reciente en dosis suficientemente elevadas. Los síntomas o signos son compatibles con el efecto de la sustancia y no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica ni por trastorno mental. Cuando sea posible, realizar análisis toxicológico para confirmación. En caso de abstinencia, evidencia de reciente suspensión o disminución del consumo. La clínica es compatible con el cuadro clínico de abstinencia a la sustancia consumida y no se justifica por otro trastorno orgánico o mental.
Comportamiento	Inquieto, actitud exigente, vociferante, demanda ayuda, se arranca vía/sonda.	Puede existir hostilidad o agresividad verbal hacia acompañantes o interlocutor.	
Habla ("forma")	Discurso incoherente.	Tono elevado, verborreico, disgregado en esquizofrenia, fuga de ideas en episodio maníaco.	
Humor	Fluctuante, lábil.	Disforia o euforia.	
Contenido del pensamiento y sensopercepción	Delirios de contenido paranoide, de perjuicio, delirio ocupacional. Alucinaciones visuales o auditivas.	Ideación delirante paranoide o de perjuicio en t. psicóticos. Delirios megalomaníacos en manía. Alucinaciones auditivas en t. psicóticos.	
Estado cognitivo	Desorientación temporo espacial, amnesia completa del episodio.	Orientación temporo espacial generalmente no afectada. No amnesia.	
Otros datos	Taquicardia, taquipnea, fiebre, diaforesis, focalidad neurológica.	Antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos, aunque la presencia de ellos no descarta otra causa de agitación.	

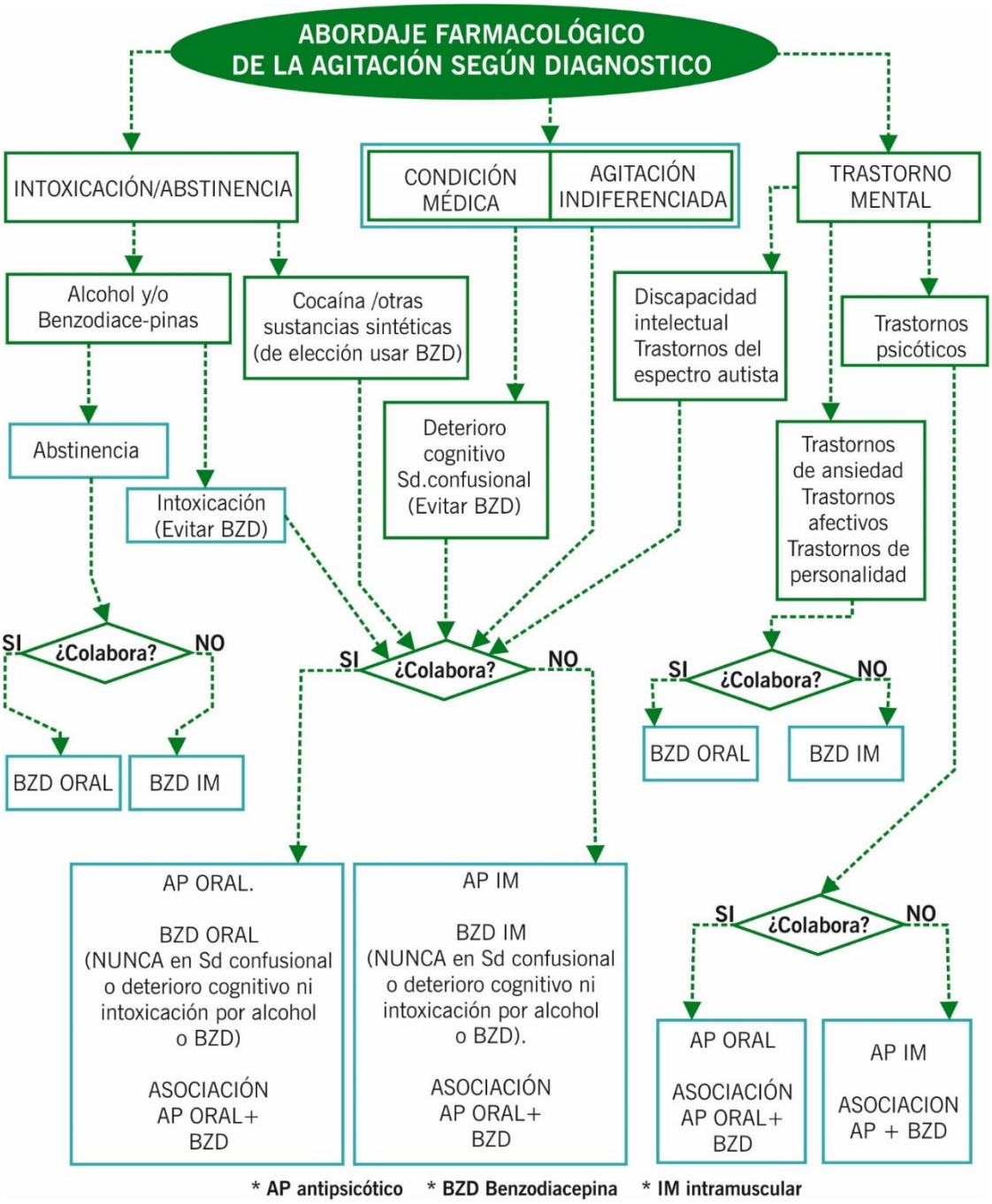
Agitación indiferenciada
Combinación de los síntomas anteriores o carencia de información clínica para una aproximación etiológica.


PACIENTE AGITADO
TRIAJE
Toma de constantes
Antecedentes personales
Sintomatología actual
Signos de intoxicación
SE ATIENDE EN CONSULTA PREFERENTE
El manejo de un paciente agitado en Urgencias se basa en 4 pilares fundamentales
Medidas de seguridad
Contención verbal
Contención mecánica (CM)
Contención farmacológica
Ver TABLA 3
-Para el paciente y personal sanitario
-Distancia seguridad
-Ayuda seguridad/policía
-Ausencia objetos peligrosos
Actitud de los profesionales:
-Transmitir nuestra intención de protección
-Evitar mostrar miedo, mostrar confianza y control de la situación
Desarrollo de la entrevista:
-Presentarnos
-Evitar el contacto ocular prolongado
-Ser respetuoso
-Escuchar al paciente
-No realizar juicios de valor
-Objetivo: prevenir lesiones y facilitar diagnóstico y tratamiento
-Supervisión por enfermero o médico de urgencias
-Si es preciso mantener la CM en el tiempo, debe complementarse siempre con tratamiento farmacológico.
-Consultar el Protocolo de CM del HUVR3
EVALUACIÓN ETIOLÓGICA: Identificar la probable causa del episodio de agitación facilitará la elección del tratamiento más adecuado. Si el estado del paciente no permite completar el diagnóstico diferencial, se asumirá una etiología médica/indiferenciada hasta que se demuestre lo contrario4
Se avisará a SALUD MENTAL cuando tras la evaluación etiológica, se considere que se trata de una agitación por trastorno mental.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA AGITACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO

CONSIDERACIONES GENERALES

- Es fundamental recordar que toda intervención en este tipo de pacientes debe partir de una premisa fundamental: EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ES TRANQUILIZAR, NO SEDAR. De esta manera será posible una evaluación apropiada del paciente, decidir la conducta apropiada a seguir y mantener una adecuada relación médico paciente, respetuosa de la ética y los derechos humanos.
- La elección del tipo de fármaco que se va a utilizar y la vía de administración dependen del grado de agitación y de la sospecha diagnóstica.
- En la Demencia por Cuerpos de Lewy usar mejor BZD que neurolépticos.



FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN

ANTIPSICÓTICOS VÍA ORAL
(cuando el paciente colabore)

- Haloperidol solución (10-30 gotas).
- Olanzapina 5-10mg (Dosis máxima 20mg/día).
- Risperidona 2-4mg.

BENZODIACEPINAS VÍA ORAL
(cuando el paciente colabore)

- Diazepam 10-20mg.
- Lorazepam 1-5mg.
- Clonazepam 2-4mg.
- Clorazepato 15-50mg.
- Alprazolam 0,5-2mg.

ANTIPSICÓTICOS VÍA IM
(cuando el paciente no colabore)

- Haloperidol 1 ampolla o ½ ampolla de 5mg. Se puede repetir cada 30 minutos. Dosis máxima 30 mg/día.
- Olanzapina 10mg (1 ampolla). Repetible a las 2-4 horas. Dosis máxima 20mg/día. NO COMBINAR CON BENZODIACEPINAS. disponibles actualmente en la Guía Farmacológica de nuestro hospital.
- Ziprasidona 20mg (1 ampolla). Repetible a las 2-4 horas. Dosis máxima 60mg. disponibles actualmente en la Guía Farmacológica de nuestro hospital.
- Aripiprazol 9,75mg (1 ampolla). Repetible a las 2 horas. Dosis máxima 3 ampollas al día. Combinar con BZD para conseguir sedación.

ANTIPSICÓTICOS VÍA IM
(cuando el paciente no colabore)

- Diazepam 10-20 mg.
- Clonazepam 2-4mg.
- Midazolam 2,5-5mg.
- Grado de Recomendación C en Abstinencia Alcohol y/o BZD

ANTIPSICÓTICO + BZD
(cuando el paciente no colabore)

- Haloperidol (5-10 mg im) + Midazolam (5 mg) (Grado de recomendación A)

ANTIPSICÓTICO + BZD
(cuando el paciente no colabore)

- Haloperidol (5-10 mg)+ Midazolam (2,5 mg)
- Risperidona (2-4 mg) + Lorazepam (2,5-5 mg)
- Olanzapina (10-20 mg) + Lorazepam (1-4 mg)
- Riesgo de hipotensión: vigilar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sach, GS. A reviewofagitation in mental illness: burdenofillness and underlyingpathology; J. Clin. Psychiatriy 2006; 67(Suppl 10):5-12
2. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. RevNeuropsiq 77(1), 2014: 19-30
3. Grupo de trabajo sobre Contención Mecánica de la Comisión de Seguridad Clínica. Protocolo de Contención Mecánica. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2018
4. Vieta, E. et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation; BMC Psychiatry, 2017; 17:328
5. Garriga M, Pacchiarotti O, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Evaluación y manejo de la agitación en psiquiatría: consenso de expertos. Psiquiatría del mundo j biol. 2016; 17 : 86-128. Doi: 10.3109 / 15622975.2015.1132007. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Machio Paloma C, Mata Saenz B, Gomez Soler M R, Gordillo Urbano, R M. Atención en urgencias de la agitación psicomotriz. In: Manual de urgencias en psiquiatría. SEDUP. 1ªEdición; 2018. p 191-205.
7. Correas Lauffer J, Villoria Borrego L. El paciente agitado o violento. In: Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier. 2ª Edición; 2010. p 151-163.
8. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolo de actuación. Elsevier. 5ª edición; 2015. p 381-386

PSICOSIS

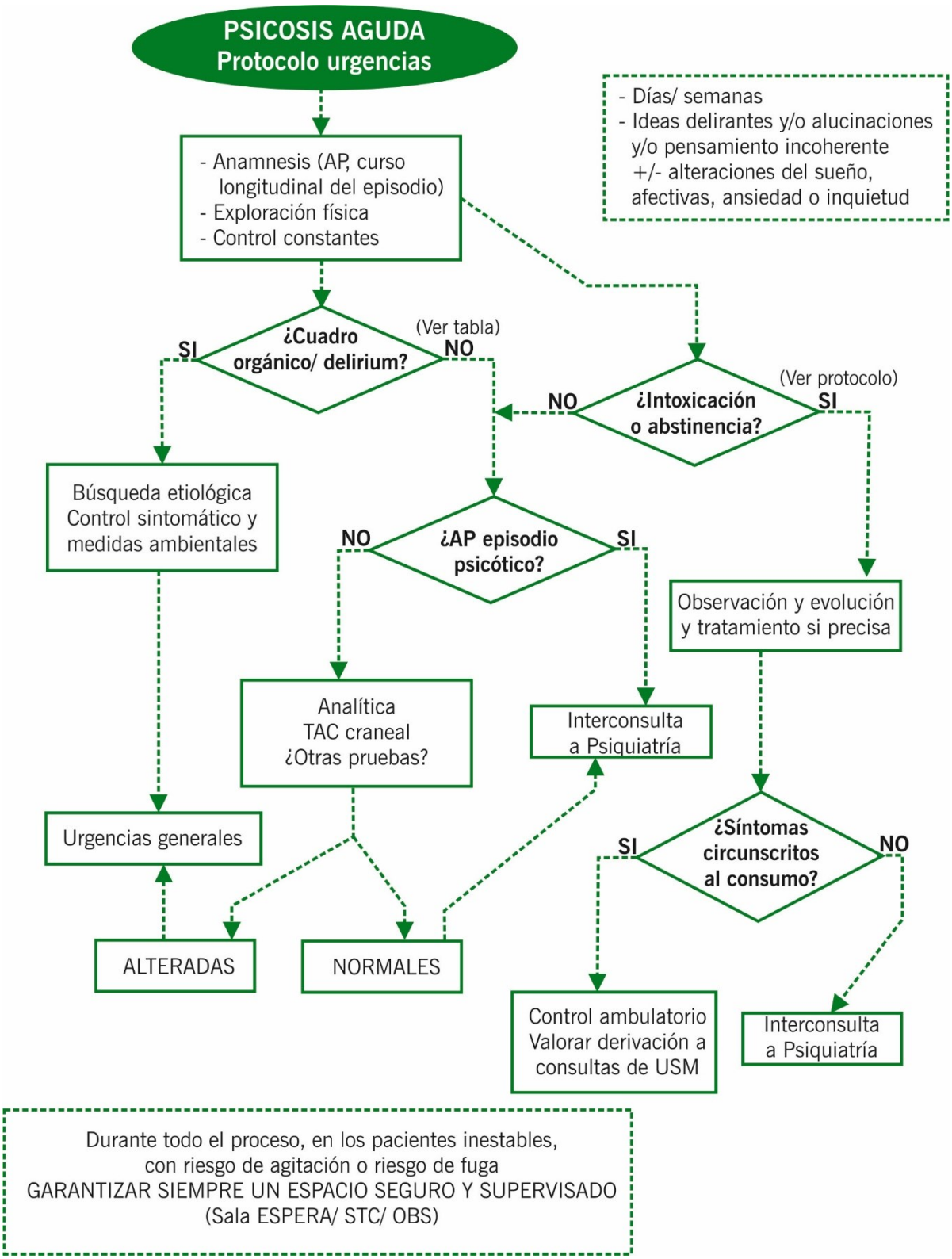
Valdera García, Cristina
Rodríguez Menéndez, Gonzalo
Rubio García, Ana

CONCEPTO

La psicosis aguda es una experiencia psicopatológica subjetiva y dimensional, influenciada por los esquemas cognitivos y socioculturales del individuo, que refleja una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, cognitivos, del estilo del pensamiento, de pérdida de las fronteras del yo o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

CLÍNICA	• **Ideas delirantes** (contenido, repercusión afectiva y/o conductual y grado de convicción). • **Alucinaciones** (espacio interno/externo, tipo, repercusión y grado de convicción). • **Desorganización pensamiento-discurso** (íntimamente relacionados). • **Conducta catatónica** (estupor, manierismo, ecopraxia/lalia/mimia, oposicionismo +/- mutismo, flexibilidad cérea). • **Alteración del ciclo biológico** (sueño y alimentación). • **Síntomas negativos** (embotamiento afectivo, pobreza del lenguaje y del contenido del pensamiento, apatía o retracción social). • **Disfunción sociolaboral.** • **Ideación suicida.**
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	• **Psicosis en relación a cuadros orgánicos** (tumores cerebrales, enf del lóbulo temporal, epilepsia, encefalopatía, abscesos cerebrales, tirotoxicosis y porfiria aguda intermitente). • **Delirium** secundario a alteraciones hidroeléctricas, infecciones, intoxicación o abstinencia de fármacos o drogas de abuso, enfermedades neurodegenerativas, accidente cerebrovascular o intervención quirúrgica. • **Patología psiquiátrica** (esquizofrenia y trastornos similares, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad o psicosis afectiva (depresiva o maníaca).

PRUEBA DIAGNÓSTICA	• Sin antecedentes de patología psiquiátrica:
	  ○ **Analítica.**
	  ○ **TAC craneal.**
	  ○ **Valorar test de tóxicos**.
	• Si clínica sospechosa: valorar pruebas adicionales (EEG, punción lumbar, etc.).
	
	El diagnóstico de patología psiquiátrica es **por exclusión**.


PSICOSIS AGUDA
Protocolo urgencias
- Días/ semanas
- Ideas delirantes y/o alucinaciones y/o pensamiento incoherente +/- alteraciones del sueño, afectivas, ansiedad o inquietud
- Anamnesis (AP, curso longitudinal del episodio)
- Exploración física
- Control constantes
¿Cuadro orgánico/ delirium?
(Ver tabla)
SI
NO
¿Intoxicación o abstinencia?
(Ver protocolo)
NO
SI
Búsqueda etiológica
Control sintomático y medidas ambientales
¿AP episodio psicótico?
NO
SI
Observación y evolución y tratamiento si precisa
Analítica
TAC craneal
¿Otras pruebas?
Interconsulta a Psiquiatría
Urgencias generales
¿Síntomas circunscritos al consumo?
SI
NO
ALTERADAS
NORMALES
Control ambulatorio
Valorar derivación a consultas de USM
Interconsulta a Psiquiatría
Durante todo el proceso, en los pacientes inestables, con riesgo de agitación o riesgo de fuga
GARANTIZAR SIEMPRE UN ESPACIO SEGURO Y SUPERVISADO
(Sala ESPERA/ STC/ OBS)

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas. Manual de Urgencias en Psiquiatría. 1ª edición. SEDUP. 2018.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoíste Asín M.A, Pérez Ordoño L, Vila Santos J, editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª edición. Madrid. 2012.
3. Correas J, Quintero F.J, Vega M, Chinchilla A. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ª edición. Elsevier-Masson; 2009.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

Martínez Molina, Iván
García Sánchez, Cándido Manuel
Esteban Ortega, Cristina

Se define como el episodio de ansiedad paroxístico, de comienzo brusco y escasa duración, que se acompaña de síntomas autonómicos, torácicos y abdominales y/o síntomas relacionados con el estado mental.

CLÍNICA

1. Síntomas autonómicos: palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca.

2. Síntomas relacionados con tórax y abdomen: disnea, sensación de ahogo, dolor precordial, náuseas, malestar abdominal.

3. Síntomas relacionados con el estado mental: Sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento, sensación de desrealización y/o despersonalización, sensación de muerte inminente, miedo a volverse loco, a perder el conocimiento o el control.

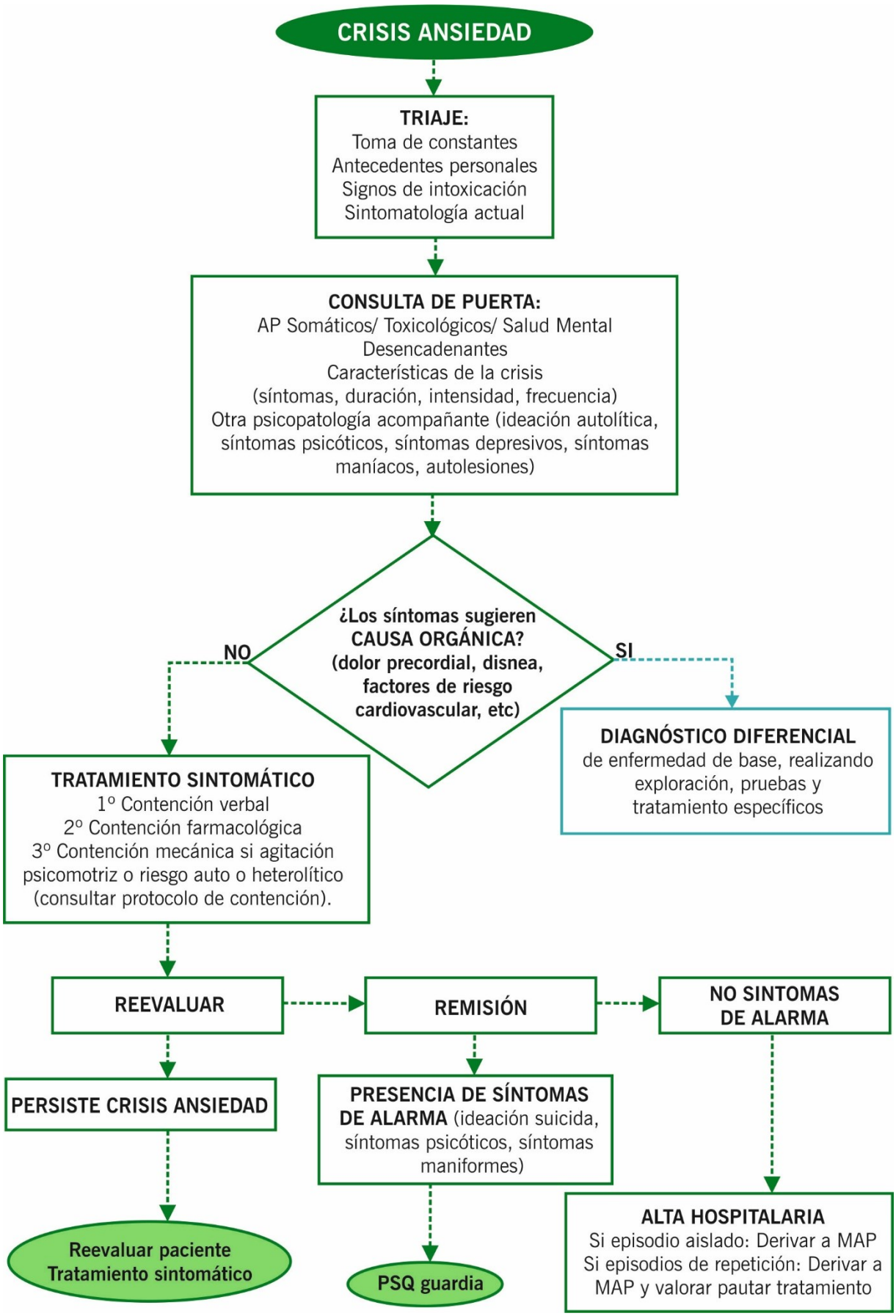
DIAGNÓSTICO

Diagnóstico diferencial de posible origen orgánico:

- IAM.
- TEP.
- Origen farmacológico.
- Síndrome de abstinencia.
- Intoxicación aguda.
- Hipoglucemia.
- Hipertiroidismo.
- Hipoparatiroidismo.
- Síndrome de Cushing.

Estudios complementarios:

- Según patología sospechada a descartar (revisar protocolos específicos).


CRISIS ANSIEDAD
TRIAJE:
Toma de constantes
Antecedentes personales
Signos de intoxicación
Sintomatología actual
CONSULTA DE PUERTA:
AP Somáticos/ Toxicológicos/ Salud Mental
Desencadenantes
Características de la crisis
(síntomas, duración, intensidad, frecuencia)
Otra psicopatología acompañante (ideación autolítica, síntomas psicóticos, síntomas depresivos, síntomas maníacos, autolesiones)
¿Los síntomas sugieren CAUSA ORGÁNICA? (dolor precordial, disnea, factores de riesgo cardiovascular, etc)
NO
SI
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
de enfermedad de base, realizando exploración, pruebas y tratamiento específicos
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO
1º Contención verbal
2º Contención farmacológica
3º Contención mecánica si agitación psicomotriz o riesgo auto o heterolítico (consultar protocolo de contención).
REEVALUAR
REMISIÓN
NO SINTOMAS DE ALARMA
PERSISTE CRISIS ANSIEDAD
PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ALARMA (ideación suicida, síntomas psicóticos, síntomas maniformes)
ALTA HOSPITALARIA
Si episodio aislado: Derivar a MAP
Si episodios de repetición: Derivar a MAP y valorar pautar tratamiento
Reevaluar paciente
Tratamiento sintomático
PSQ guardia

CRISIS ANSIEDAD TRATAMIENTO

VÍA ADMINISTRACIÓN

ELECCIÓN, VÍA ORAL ALTERNATIVA, VÍA INTRAMUSCULAR

BENZODIAZEPINAS 1ª ELECCIÓN

Fármaco VO	Inicio acción
Clonazepam 0,5mg- 2mg	10- 20 min
Diazepam 2,5mg- 5mg-10mg	15- 40 min
Alprazolam 0,25mg-0,5mg-1mg-2mg	20 min
Clorazepato dipotásico 5mg-10mg-15mg-50mg	30- 40 min
Lorazepam 1mg-2mg-5mg	40 min
Pauta IM: clonazepam o midazolam (mejor absorción)	

ANTIPSICÓTICOS

ORAL	IM
Levomepromazina 25 mg	Haloperidol 2,5-10 mg
Olanzapina 5mg- 10mg	Levomepromazina 25 mg
Haloperidol solución 2,5-10 mg	Clorpromazina 25 mg

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Bibiano Guillén. Manual de Urgencias. Grupo Saned. 2018. p 1301-1307
2. Ayora Rodríguez M, Núñez Morales N, Miñano Merenes M, Rico del Viejo, Ana Belén. Urgencias derivadas de los trastornos de ansiedad. In: Manual de urgencias en psiquiatría. SEDUP. 1ªEdición; 2018. p 117-128.
3. Vega Piñero M, Jiménez Treviño L. Trastornos de ansiedad. In: Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier. 2ª Edición; 2010. p 393-408.
4. Martínez Barrondo S, Saiz Martínez PA, García-Portillo González MP. Trastornos de ansiedad en atención primaria. Salud Mental en Atención Primaria. 2008; nº 1-714;9-13.