



I Congreso

Cuidado al Paciente con Trastorno Psiquiátrico

Una mirada interdisciplinaria

MANEJO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

LINA MARÍA AGUDELO B.
Médica Psiquiatra



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Enfermería



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

HOMO

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

En la sala de urgencias

1. Entrevista: El MD observa, escucha y analiza.
2. Examen mental.
3. Examen físico y neurológico.
- 4 Exámenes paraclínicos necesarios.



ENTREVISTA (1)



- Aproximación al paciente: directa y mostrando interés
- Mantener distancia interpersonal adecuada
- Identificación: acudientes, teléfono, y tipo de seguridad social

ENTREVISTA (2)

- Motivo de consulta: lo que dice el paciente o el acudiente y entre comillas.
- Enfermedad actual: Comienzo de los síntomas, duración, progresión y exacerbación.
- Antecedentes psiquiátricos: episodios previos, tratamientos recibidos, tiempo sin recibir el tratamiento.
- Antecedentes personales patológicos: alérgicos, traumáticos, quirúrgicos, tóxicos, gineco obstétricos, etc.



ENTREVISTA (3)



- En mujeres es necesario realizar un P.I.E para evitar teratogenicidad con el tratamiento.
- Antecedentes biográficos: con quién vive, lugar en la familia, tipo de crianza, estilo de vida y personalidad previa al episodio actual.
- Antecedentes familiares: trastornos psiquiátricos por línea paterna o materna.

EXÁMEN MENTAL (1)

- Conciencia
- Orientación
- Porte y actitud
- Pensamiento
- Sensopercepción
- Afecto



EXÁMEN MENTAL (2)



- Lenguaje
- Conducta motora
- Juicio y raciocinio
- Introspección
- Inteligencia
- Memoria, atención y cálculo

EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO

- Debe ser especialmente completo si el paciente tiene una psicosis aguda o un delirium, o si cualquier parte de la historia clínica sugiere organicidad.
- Tomar signos vitales y consignarlos con fecha y hora en la historia clínica.



EXÁMENES PARACLÍNICOS

Al menos los básicos en el 1er nivel

- Hemoleucograma y sedimentación
- Citoquímico de orina
- Glicemia
- Bun y creatinina
- P.I.E.

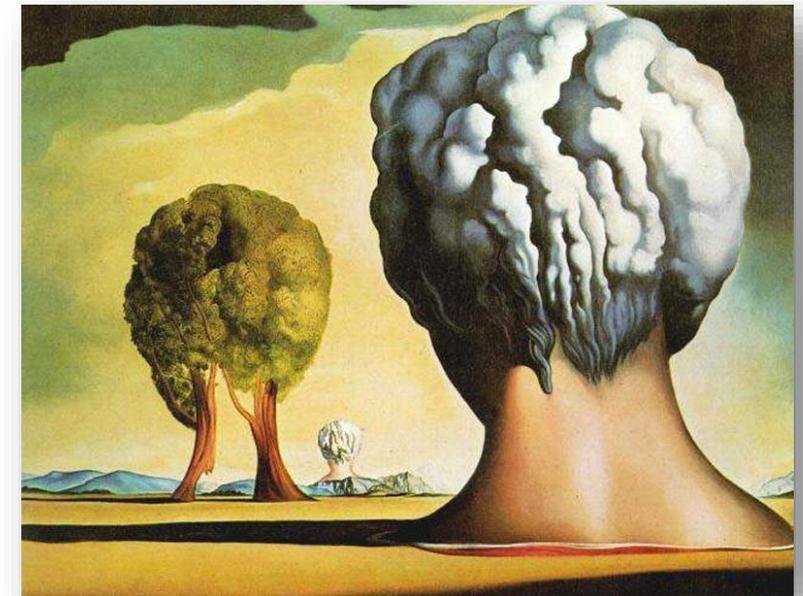


URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS MÁS COMUNES EN LA PRÁCTICA MEDICA GENERAL

1. S.M.O agudos: Delirium
2. Intento de suicidio
3. Paciente violento y agitado
4. Paciente conversivo
5. Víctimas de violencia sexual
6. Atención de víctimas de desastres

DELIRIUM

Es uno de los síndromes geriátricos comunes del Anciano frágil, con la particularidad de que puede influir en el desarrollo de otros Sd (caídas, UPP, Det. Cognitivo). Puede resultar el punto de inflexión para pasar de Anciano frágil a Anciano enfermo (Deterioro funcional +/- Del. Cogn. +/- Alt. social).



Diagnóstico y Tratamiento

AGUDO + TRANSITORIO + FLUCTUANTE

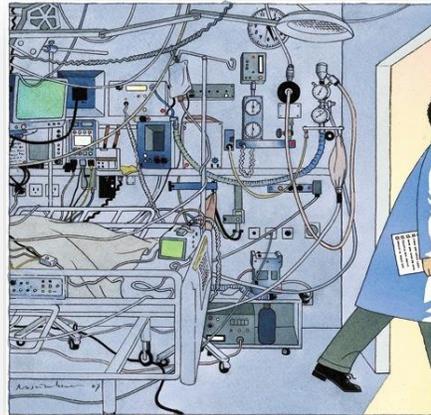


ATENCIÓN + CONCIENCIA + COGNICIÓN

CAUSA ORGÁNICA

EPIDEMIOLOGÍA

- Varones + Ancianos + Delirium previo
- Urgencias: 14-24%
- Ingreso: 6-56%



UCI: 70-87%



Cirugía: 15-62%



Fx Cadera: 43-61%

FISIOPATOLOGÍA

- Neurotransmisores:

ACETILCOLINA



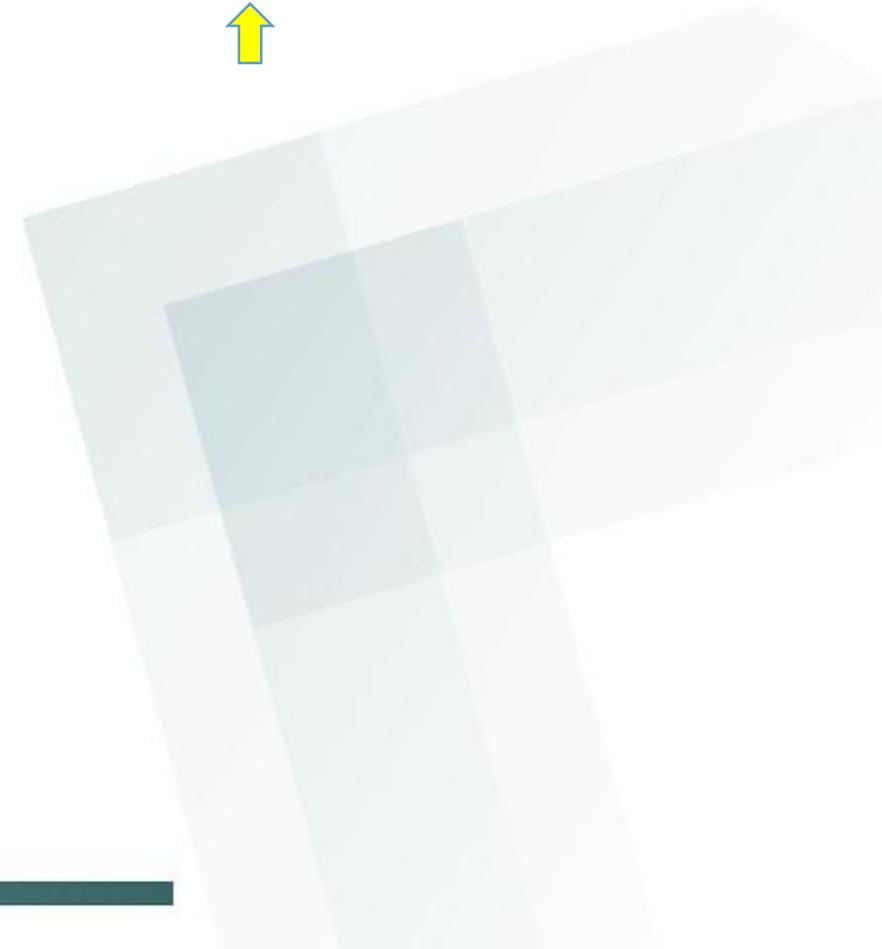
Dopamina



GABA



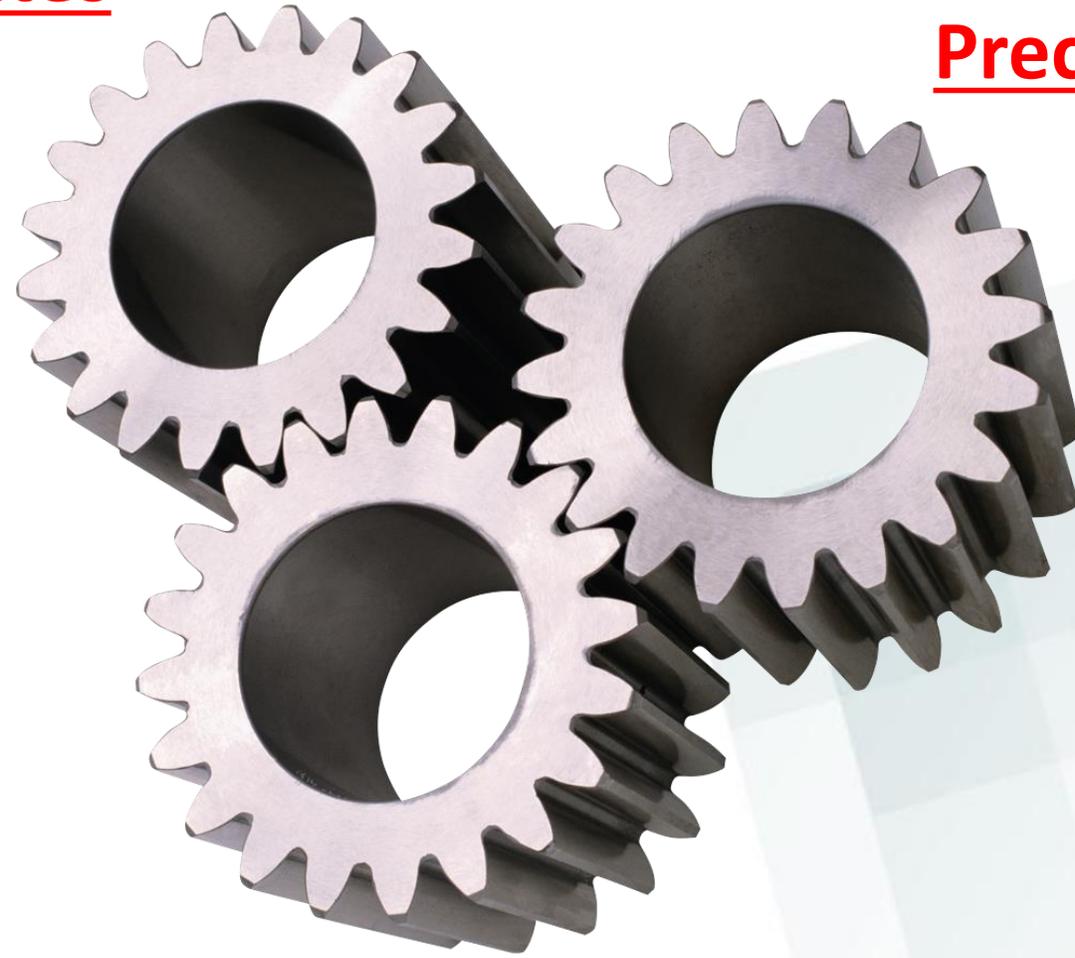
- Teoría inflamatoria: IL6, IL8, TNF
- Hipercoortisolemia refleja
- **RESERVA COGNITIVA**



Predisponentes

Precipitantes

ETIOLOGÍA



Reserva cognitiva

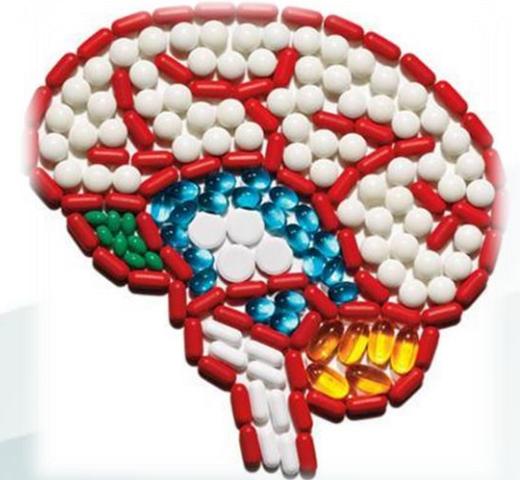
FACTORES PREDISPONENTES

- Ancianos, **Varones**
- Deterioro cognitivo: **Demencia/Det. Cogn. leve**
- **Depresión**. Delirium previo
- Dependencia funcional
- **Comorbilidad**; Enf. neurológica/Terminal
- Alt. Sensoriales
- **Polifarmacia**
- Uso/dependencia a Tóxicos/Fármacos
- **Institucionalización**

FACTORES PRECIPITANTES

Procesos Agudos: CUALESQUIERA

- Infecciones
- Tr. Hidroelectrolíticos
- Enf. Neurológicas
- Dolor
- Impactación Fecal; Retención Urinaria



Intoxicaciones

Abstinencia

Fármacos

FACTORES PRECIPITANTES

Relacionados con la hospitalización

- Post-Cirugía
- Sondajes, vías
- Deprivación sensorial
- Entorno desconocido
- Inmovilización
- Deprivación del sueño
- Polifarmacia



FÁRMACOS

CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO

Tabla 1. Fármacos con actividad anticolinérgica

Alprazolam

Amantadna

Atropina

Amitriptilina

Azatioprina

Captopril

Cefoxitina

Clorazepato

Clortalidona

Clindamicina

Ciclosporina

Cimetidina

Corticosterona

Codeína

Dexametasona

Digoxina

Diltiazem

Flunitrazepam

Flurazepam

Furosemida

Gentamicina

Hidralazina

Hidroclorotiazida

Hidrocortisona

Hidroxicina

Metildopa

Mononitrato de isosorbide

Oxazepam

Pancuronio

Fenobarbital

Piperacilina

Prednisonlona

Ranitidina

Teofilina

Tioridazina

Tobramicina

Valproato sódico

Warfarina

Antón Jimenez M., Giner Santeodoro A., Villarba Lancho E. Delirium o Síndrome confusional agudo. Tratado de Geriátría para residentes. Soc. Española de Geriátría y Gerontología. IM&C, 2006.

FÁRMACOS

Grupos farmacológicos

- Antiarrítmicos (digoxina, propranolol, procainamida, amiodarona, lidocaína...)
- Antihipertensivos (reserpina, metildopa)
- Antiparkinsonianos (L-dopa y agonistas)
- Antihistamínicos (difenhidramina, hidroxicina)
- Anestésicos
- Antidepresivos (sobre todo antidepresivos tricíclicos)
- Psicotropos (benzodiacepinas, barbitúricos, hidrato cloral, fenotiacinas)
- Antitusígenos
- Antiespasmódicos (difenoxilato, hioscina)
- Opiáceos y narcóticos
- Corticoides
- Cimetidina
- Otros: antibióticos, anticolinérgicos inhalados, teofilinas, fenitoína, AINE a altas dosis
- Retirada de fármacos

Martinez Reig M., Alfonso Silguero S.A., Juncos Martínez G. Síndrome Confusional agudo. Manual del residente en Geriatria. Soc. Española de Geriatria y Gerolntología. ENE Life, 2011

1º PREGUNTA

¿Cuál de los siguientes fármacos puede inducir Delirium?

- A) Clorpromazina
- B) Lorazepam
- C) Amiodarona
- D) Fentanilo
- E) Todos los anteriores

CLÍNICA

- Horas, días
- Fluctuante
- ALT. CONCIENCIA
- ALT. COGNITIVA
 - Memoria
 - Desorientación
 - Lenguaje/pensamiento
 - Alt. perceptivas



CLÍNICA

TIPOS

HIPERACTIVO: 15-25%. Abstinencia/Fármacos

HIPOACTIVO: 20-70%. Sedantes/Alt. metabólicas

MIXTO



DIAGNÓSTICO

- Criterios clínicos
- IDENTIFICAR PRECIPITANTES. Tto previo
- Exploraciones Complementarias:
 - EEG: (D^odiferencial) *Enlentecido*
- Escalas: CAM (*Confusion Assessment Method*)
 1. **Inicio agudo y curso fluctuante**
 2. **Alteración de la Atención**
 3. Pensamiento desorganizado
 4. Alt. del nivel de conciencia

DIAGNÓSTICO:

1 + 2 + (3 ó 4)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

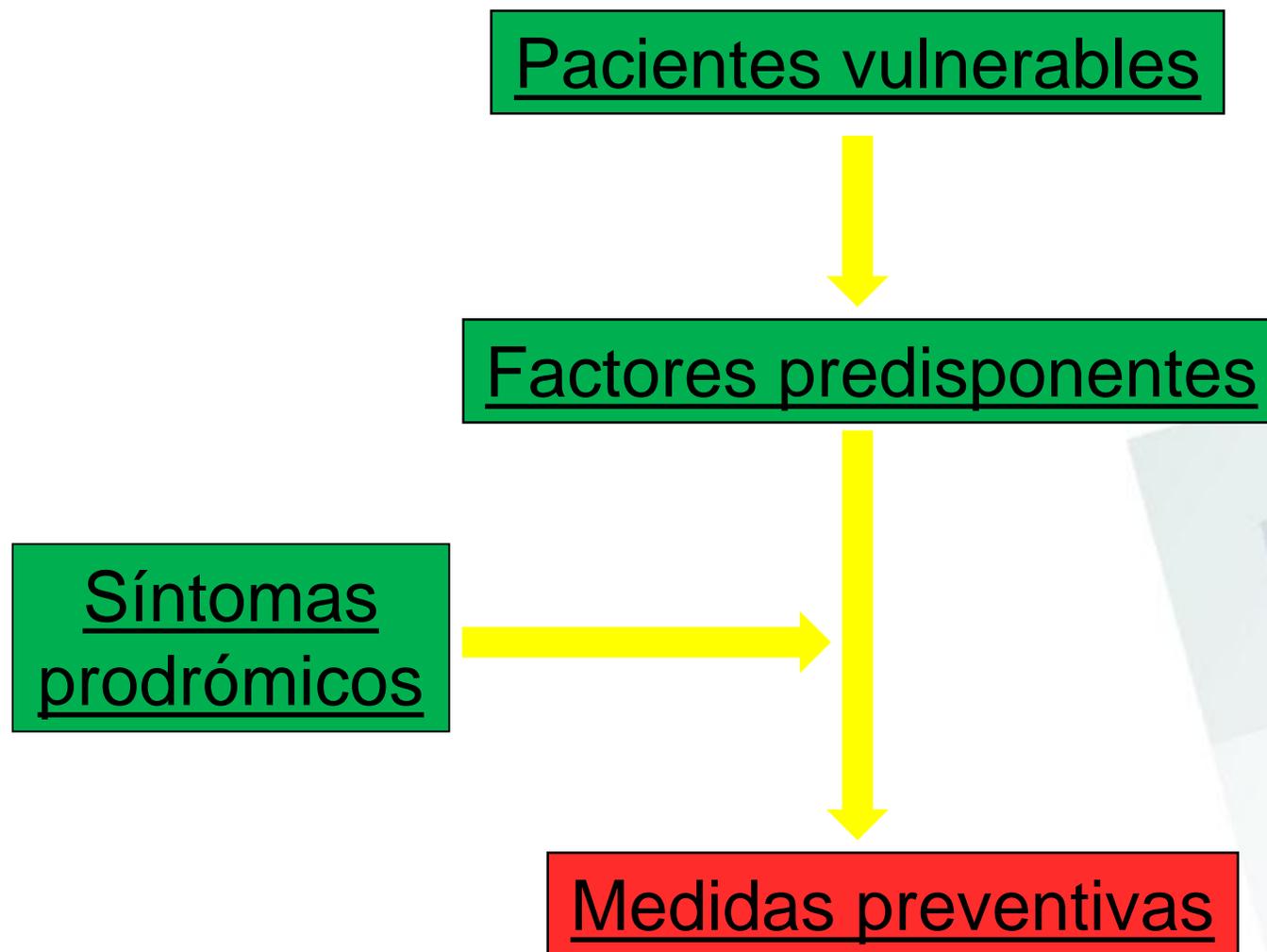
- Deterioro Cognitivo (revalorar **6 meses**):
 - 50% Demencia desarrollan Delirium
 - De los Delirium, 25-50% tienen DemenciaProgresivo, meses-años, irreversible, Conciencia OK
EEG
- D. Hipoactivo: Depresión
- D. Hiperactivo: Ansiedad, Tr. psicóticos.

2ª PREGUNTA

Nos avisan para valorar a un paciente de 87 años con ictus previo y que ingresa por una fractura de cadera que han intervenido. Presenta desde hace dos horas un cuadro de somnolencia, bradipsiquia y astenia extrema. ¿En qué cuadro clínico pensarías primero?

- A) Trastorno depresivo
- B) Demencia
- C) Delirium mixto
- D) Delirium hipoactivo
- E) Un nuevo ictus

PREVENCIÓN



PREVENCIÓN

- Tratamiento del proceso agudo
- Hidratación/Nutrición
- Evitar Estreñimiento
- Evitar Sondaje Vesical
- Estimulación sensorial/Orientación
- Compañía
- Descanso nocturno
- Movilización precoz
- Evitar sedantes y anticolinérgicos



TRATAMIENTO



BUSCAR Y TRATAR LA CAUSA

TRATAMIENTO

- No farmacológicas:
Enfermería y FAMILIA
- Contención mecánica:
Situación de riesgo
- Contención química



FÁRMACOS

- Tras medidas No Farmacológicas
- Escasa evidencia:
No reducen severidad ni duración
- Objetivo: AMINORAR SÍNTOMAS
NO SEDAR: complicaciones
- Menor dosis, menor tiempo



3ª PREGUNTA

Ante un paciente varón de 74 años ingresado por una infección urinaria y que tras 24 horas de ingreso comienza a retirarse la camisa del pijama que le sigue con insomnio durante la siguiente noche, ¿Cuál es la primera medida que tomarías?

- A) Administrarle 2mg de Haloperidol IV para que duerma
- B) Preguntar por la medicación que tomaba anteriormente
- C) Una analítica urgente
- D) Decirle a la familia que traiga los audífonos
- E) Respuesta B + C

NEUROLÉPTICOS TÍPICOS

- **HALOPERIDOL** Inicio: 10-30min.
 - Efecto anti-dopaminérgico D2
 - Efecto anticolinérgico
- Efectos secundarios
 - Extrapiramidalismo
 - Sd. Neuroléptico maligno
 - Prolonga QT
 - Estreñimiento, RAO
- Levopromacina/Clorpromacina: EVITAR

HALOPERIDOL

- Vía: ORAL; IV, IM
10 gotas = 1mg; 1 amp=5mg; 1comp=10mg
- **INICIO**: 0,5 – 1mg/30 min – 4h hasta control
APA 2004: ancianos 0,25-0,5mg
*2,5-5mg/30min-6h; máx. 40-100mg (Manual H. 12 Oct.)
- **MANTENIMIENTO**:
 - La mitad de la dosis requerida /3 tomas

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS

- Menos efectos secundarios
 - Dopaminérgicos: Menos extrapiramidalismo
 - Anticolinérgicos
- **Ancianos con Reserva Cognitiva Baja**
- **RISPERIDONA**: De elección según OMS
 - Ef. 2º: Hipotensión, sedación.
 - Uso: Si Haloperidol ineficaz/ tto prolongado
 - 0,25-0,5 mg/4h; (5-10 gotas); Máx 6mg/día
 - FLAS (0,5-4mg)
- **QUETIAPINA**: Enf. Parkinson

4ª PREGUNTA

¿Cuál de las siguientes pautas farmacológicas se considera de elección para el manejo inicial del Delirium?

- A) Haloperidol IV: 0,5-1mg
- B) Haloperidol oral: 5-10 gotas
- C) Risperidona oral: 5 gotas
- D) Quetiapina oral: 25-50mg
- E) Dependerá de las características del paciente y del tipo de Delirium.

TRATAMIENTO

- Neurolp. ¿Típicos o Atípicos?
- Benzodiacepinas: **Deprivación**
 - Lorazepam (0,5-1mg) / Midazolam (2,5-5mg)
 - Como coadyuvante a Neuroléptico
- Tiapride: Agitación + Patología respiratoria
- Clometiazol: Abstinencia Enólica
- Trazodona: agitación nocturna
- Tiamina

5ª PREGUNTA

- Paciente de 77 años hipertenso, fumador activo, EPOC, con antecedente de neoplasia de colon erradicada, toma habitualmente Enalapril, Tiotropio, Lorazepam nocturno y Paracetamol ocasionalmente. Ingresa por un cuadro de Insuficiencia cardiaca, y a las 36 horas, inicia un cuadro de agitación psicomotriz y alucinaciones visuales. ¿Qué pauta farmacológica inicial crees que es la adecuada?
 - A) Haloperidol 1mg IV y un comprimido de Lorazepam de 1mg
 - B) Risperidona 5 gotas
 - C) Haloperidol 5 gotas
 - D) Lorazepam 1mg
 - E) Trazodona 100mg

PRONÓSTICO

Duración: 7-30 días

Mayor:

Estancia / Complicaciones / Det. Cognitivo-Funcional

-Mortalidad:

-10-26% de los que ingresan

-22-76% de los que lo desarrollan en el ingreso

- Complicaciones: Infecciones, UPP, TVP, caídas.

2. INTENTO DE SUICIDIO

Para tener en cuenta:

- Contra transferencia (en el medico)
- Empatía
- Privacidad
- Preguntar sobre intención de muerte
- Evitar hacer juicios de valor



DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS, CO – MÓRBIDOS:

- Depresión y TAB → 15% se suicidan
- Alcoholismo y FD → 25% de los suicidas
- Esquizofrenia
- T. de personalidad.



FACTORES DE RIESGO

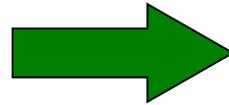
- Edad
- Historia de intentos previos
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Enfermedades físicas severas
- Historia Clínica familiar de suicidios

PREGUNTAS OBLIGADAS PARA EL MÉDICO:

- ¿Qué tan peligroso es el método elegido?
- ¿Está el paciente satisfecho por haberse salvado?
- ¿Realizó el acto de manera en el que fuese descubierto?
- ¿Hubo plan suicida o fue un impulso?
- ¿Existe clara intención de muerte o es solo un evadirse?

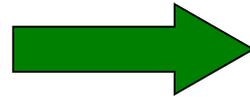
CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA:

**GESTO
SUICIDA**



Hecho para llamar la atención y movilizar a otros. Es de baja letalidad sin intención de muerte.

**INTENTO
SUICIDA**



Método letal que asegura la muerte, sin búsqueda de beneficio secundario.

MANEJO:

- El gesto va a la casa con estricta supervisión de la familia y tratamiento ambulatorio por psicología.
- El intento se debe estabilizar médicamente en un hospital general hasta que pase el peligro y entonces será remitido a una unidad psiquiátrica para tratamiento hospitalizado.
- En ninguna situación se dará de alta del hospital local sin referirse a psiquiatría.
- Consignar todo en la HC
- Si el paciente rechaza la internación y no está sicótico él y su acudiente LEGAL firmarán con CC la HC y asumirán la responsabilidad.
- Sedar al paciente con BZD mientras logra cupo en la unidad de psiquiatría, sin que abandone el primer nivel hasta no ser tratado.
- Evitar objetos con los que pueda lesionarse.
- Vigilancia estrecha.

3. PACIENTE VIOLENTO

El 5% de los pacientes de urgencias, son violentos.

Clasificación:

- **Psiquiátricos:** Esquizofrenia, manía, psicosis.
- **Neurológicos:** Epilepsia, demencias, síndrome de abstinencia.
- **No enfermos mentales:** Sociópatas

SÍNTOMAS INMINENTES DE AGITACIÓN:



- Tono de voz elevado, amenazante y soez.
- Puños cerrados y alta tensión muscular.
- Deambulación continua.
- Tamborileo con los dedos.
- Golpear puertas.
- Episodios previos de violencia en el sujeto.

TRATAMIENTO:

Contención física:

- Persuasión Verbal.
- Sujeción mecánica: 1 individuo para cada extremidad y el quinto deberá preparar la medicación y aplicarla.
- Hablar sin gritos al paciente y explicarle el procedimiento.
- Requisarlo para desarmarlo.

Contención farmacológica:

- Neuroléptico típico más Benzodiacepina Hipnótica:
- Haloperidol 5 – 10 mg más Midazolam 5 – 15mgr
- IM; repetir c / 8 horas durante 24 horas.



ANTIPSIKÓTICO ATÍPICO PARENTERAL:

- Ziprasidona (geodón) amp x 20 mg.
- Dosis 10mgr c/2 horas. Máximo 40 mgr / día Olanzapina amp x 10mgr.
- Aplicar 1 amp IM. Repetir otra amp a las 2 horas y si no mejorase puede llegar a una última ampolla aplicada a las 4 horas de la segunda.
- Dosis máxima – día = 30 mgr.
- No debe usarse simultáneamente Olanzapina IM con BZD por riesgo de depresión respiratoria.
- El paciente debe permanecer sedado e inmovilizado con nudos no corredizos que no compriman la circulación en brazos y piernas, la meta es que duerma para que se calme y entretanto pueda ser referido.

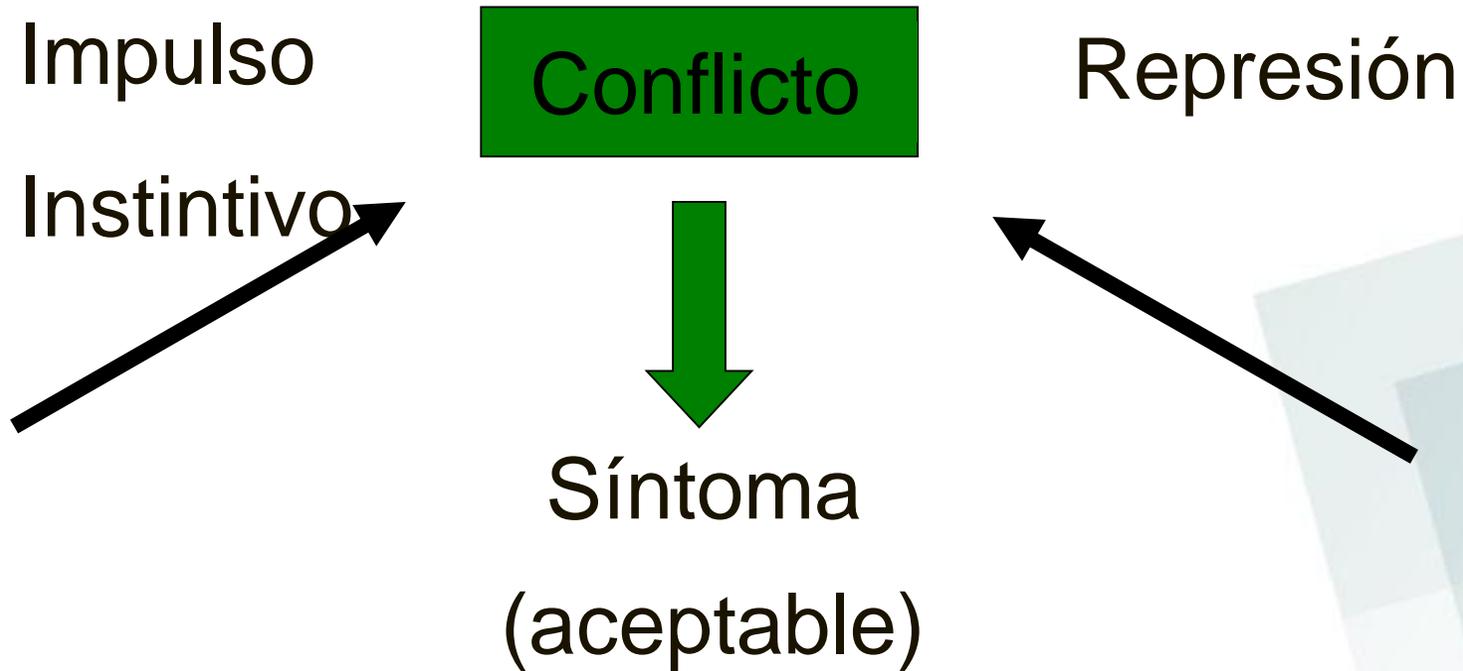
4.PACIENTE CONVERSIVO

- Forma parte de la histeria y hoy se llama trastorno de somatización.
- Freud postuló que la conversión refleja conflictos inconscientes.
- El DSM – IV lo define como la presencia de uno o más síntomas neurológicos a nivel motor, sensitivo o sensorial que no se explican por causa médica y que se relacionan con factores psicológicos.

EPIDEMIOLOGÍA

- Mujer / Hombre: 2 / 1
- Mayor porcentaje en adolescentes.
- Más común en zonas rurales.
- Baja escolaridad y niveles de inteligencia fronterizos.

ETIOPATOGENIA



CUADRO CLÍNICO

- Semeja síntomas NEUROLÓGICOS:
- Parálisis y temblores.
- Ceguera.
- Mutismo
- Anestesia en guante o en media.
- Pseudo convulsiones sin relajación de esfínteres ni caídas fuertes al piso.
- Bella indiferencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Simulación
- Organicidad coexiste en el 25% de los casos rotulados como histeria conversiva.
- Epilepsia generalizada.

MANEJO

- Atender bien el paciente - familia y escuchar su queja.
- Examinar al paciente para descartar organicidad.
- Separar al paciente de otros observadores, en cuarto individual o con biombo.
- Sedación IM con Ansiolítico (Diazepan o Rivotril, 1 amp) y esperar 20 – 25 minutos a que se absorba.
- Abordar con serenidad garantizando privacidad y confidencialidad de la información para que pueda ventilar el conflicto.
- Valorar por psicología para el tratamiento psicoterapéutico.

5. PACIENTE VICTIMA DE VIOLACIÓN

Violación: Delito con implicaciones médicas, psicológicas, legales y sociales que produce en la víctima complejas reacciones emocionales a menudo más significativas que la lesión física. Mas que sexual es un ataque altamente agresivo.

MANIFESTACIONES EMOCIONALES

1. Fase Aguda → Dura varias semanas. La víctima inicialmente llega con llanto, miedo e incredulidad. Luego se presenta:

- Autoacusación.
- Miedo de ser asesinada.
- Degradación
- Ideas de minusvalía y suicidio
- Ansiedad y depresión.

2. A largo plazo → se constituye un trastorno de estrés post – traumático con:

- Re – experimentación del proceso traumático.
- Aislamiento del mundo exterior.
- Síntomas autonómicos (sudor, temblor).
- Rumiación de lo sucedido.
- Incapacidad para concentrarse.
- Rechazo y miedo a los hombres.
- Pesadillas donde se revive el evento.
- Culpa por no haber prevenido el ataque.

ATENCIÓN EN LA SALA DE URGENCIAS (1)

- Acoger con respeto, seguridad y protección.
- Explicar a la paciente el qué y el por qué de la entrevista y del examen físico y no actuar sin el consentimiento de ella.
- Indagar si tuvo miedo de ser asesinada, o si hubo golpes, amenazas de muerte y consignar en la HC (para efectos legales sobre el agresor).
- Cuidados médicos: Tratar de inmediato las heridas, mordiscos, laceraciones, contusiones, etc.

ATENCIÓN EN LA SALA DE URGENCIAS (2)

- Examen genital: descubrir lesiones por trauma, ETS y obtener secreciones de muestra para el forense.
- Historia Gineco – obstétrica: Tratamiento con anticonceptivos y para evitar e.t.s.
- Remisión al forense indispensable para determinar incapacidad y secuelas.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

- Psicoterapia varios meses.
- Indispensable analizar la violación con la familia para que apoye el proceso.
- Tratamiento Farmacológico: Con BZD y Antidepresivos durante 6 meses a 1 año según respuesta del paciente.

6. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE UN DESASTRE.

Después de un desastre pueden derivarse 2 patologías:

- Trastorno de estrés post – traumático (T.E.P.T.)
- Trastorno de estrés agudo (T.E.A.)

T.E.P.T.

- Los síntomas duran al menos 1 mes y afectan vida laboral, familiar y social.
- Respuesta subjetiva individual al trauma.

T.E.A.

- Duran de 2 días mínimo y máximo un mes.
- Factor estresante es la causa.

FACTORES PREDISPONENTES PARA T.E.P.T.

- Trauma infantil.
- Rasgos paranoides.
- Tde P dependiente.
- T de P limitrofe.
- Alcoholismo.

MANEJO DE LAS PERSONAS AFECTADAS:

Clasificar víctimas en grupos:

- Sobrevivientes heridos: Tranquilizarlos y atenderlos de inmediato.
- Sobrevivientes no heridos: Presentan sentimiento de culpa por que escaparon y no salvaron a sus seres queridos.
- Los parientes: Presentan confusión, desamparo y culpa. Deben recibir informes claros y veraces.
- Los socorristas: Experimentan frustración por no ser capaces de lograr el éxito en sus intentos de rescate.

ABORDAJE A LAS VÍCTIMAS (1)

- Dialogar, favorecer ventilación de sentimientos.
- Adoptar actitud comprensiva ante las emociones defensivas iniciales.
- Procurar alimentos y abrigo para los no heridos.
- Información cierta, completa y oportuna.
- Permitir a los familiares observar y reconocer el cadáver de su ser querido.

ABORDAJE A LAS VÍCTIMAS (2)

- Remitir a las personas mas afectadas que no logran contenerse con las medidas locales para evaluación por el especialista psiquiatra.
- Tratamiento con ATD a bajas dosis, asociadas con BZD así: 25 – 50 mgr de Tryptanol más 0,5 mgr de Rivotril. Para control del insomnio, ansiedad y depresión, que se presentan los primeros meses del desastre.

GRACIAS

¡La salud mental más cerca de ti!



Línea de *atención*

4448330

Línea única de *citas*

5200510



Calle 38 N° 55 - 310
Bello - Antioquia



www.homo.gov.co



ESE Hospital Mental de Antioquia