



SAE

SOCIEDAD ARGENTINA DE EMERGENCIAS

6 Y 7 DE JUNIO
PALAIS ROUGE
BUENOS AIRES
ARGENTINA

**XII Congreso Argentino
de Medicina de Emergencias**

*VI Congreso Argentino de
Residentes de Emergentología*



ITEM PLANTEADO	CONFLICTO DE INTERESES PARA DECLARAR SI/NO	
SCIENTIFIC ADVISORY BOARD		NO
INVESTIGACIÓN PARA LA INDUSTRIA		NO
EMPLEADO/A		NO
ACCIONISTA		NO
CONSULTOR/A		NO
DISERTANTE		NO
HONORARIOS		NO



**XII Congreso Argentino
de Medicina de Emergencias**

*VI Congreso Argentino de
Residentes de Emergentología*

4 Y 7 DE JUNIO
PALAIS ROUGE
BUENOS AIRES
ARGENTINA



SAE
SOCIEDAD ARGENTINA DE EMERGENCIAS

MANEJO DEL PACIENTE CON PSICOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

Eugenio Spagnoli

espagnoli@fmed.uba.ar



Trastornos psicóticos en la infancia y adolescencia

- **Pérdida de contacto con la realidad (alucinaciones y delirios).**
- **Cuadros orgánicos (intoxicaciones o abstinencia).**
- **Trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar).**
- **Estos pacientes pueden acudir a urgencias con síntomas de agitación o agresividad, de inhibición o catatonía, angustia, conductas bizarras o aislamiento.**

La psicosis en la infancia y adolescencia debuta frecuentemente de forma aguda, siendo la intervención en urgencias la entrada en la red de Salud Mental.



Evaluación de la Psicosis en Urgencias

Evaluación médica → Descartar la presencia de indicadores de organicidad.

Exploración psicopatológica. Prestar especial atención a:

- * Alucinaciones**
- * Delirios**
- * Síntomas psicomotrices:**
 - Agitación**
 - Inquietud**
 - Síntomas catatónicos**



Procedimiento de evaluación en urgencias de un paciente con episodio psicótico en la infancia:

1) Historia Clínica:

- a) Características del desarrollo psicomotor durante la primera infancia.**
- b) Edad de inicio del trastorno y características del mismo.**
- c) Antecedentes médicos personales e historia familiar.**
- d) Evaluación de conductas adaptativas / desadaptativas.**

2) Exploración psiquiátrica:

- a) Evaluación de los trastornos del curso / contenido del pensamiento, alucinaciones y delirios.**
- b) Evolución de síntomas afectivos asociados.**
- c) Atención a formas de presentación características o inusuales (catatonía, etc.).**

3) Evaluación médica:

- a) Exploración física. Interconsulta con Neurología (si precisa).**
- b) Evaluación del posible abuso de sustancias. Análisis de tóxicos (si se cree indicado).**



Evaluación del paciente agitado

<p>Anamnesis general</p>	<p>Exploración física:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Exploración general. b) Exploración neurológica. c) Signos de intoxicación o abstinencia de drogas.
<p>Anamnesis relacionada con la violencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Violencia previa b) Hacia quien va dirigida la violencia actual c) Medios y planes d) Factores que precipitaron el episodio de violencia e) Presencia o ausencia de una relación que permita la contención. 	<p>Exploración psicopatológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Conciencia, atención, orientación y memoria. b) Diagnóstico psiquiátrico del eje I y II. c) Evaluar síntomas de especial riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones auditivas mandatorias de violencia. - Delirios de persecución. - Sentimientos nihilistas. - Susplicacia. - Ira e impulsividad. d) Detectar signos de violencia inminente: <ul style="list-style-type: none"> * Inquietud motriz. * Amenazas verbales, gritos e insultos. * Estado de hiperalerta, postura tensa.



Protocolo de actuación en urgencias con el paciente psicótico. **Ingreso hospitalario**

- **Determinar si el tratamiento será realizado bajo régimen de ingreso hospitalario o bien de forma ambulatoria en función de la gravedad del cuadro clínico y de la situación sociofamiliar del paciente.**
- **Se recomienda en los casos de primeros episodios proceder a ingresar al paciente para facilitar el abordaje multidisciplinar.**
- **En casos de recidivas de trastornos psicóticos ya diagnosticados se decidirá el ingreso en función de la situación clínica actual:**
 - **- Conductas desorganizadas.**
 - **- Alucinaciones auditivas muy presentes y molestas.**
 - **- Ideas suicidas.**



Protocolo de actuación en urgencias con el paciente psicótico. Tratamiento farmacológico

**En casos de oposición enérgica al ingreso /
agitación.**



**Pautas de intervención y tratamiento del
paciente con agitación psicomotriz**

**En caso de derivación a la unidades
ambulatorias de Salud Mental Infanto-juvenil
o colaboración al ingreso.**



**Tratamiento con antipsicóticos atípicos:
Eficacia similar a la de los típicos.
Presencia muy menor de efectos
secundarios.**



Pautas de intervención y tratamiento del paciente agitado

<p>MEDIDAS AMBIENTALES</p> <p>Separar al paciente de la causa que ha generado la agresividad.</p> <p>Decidir si los acompañantes del paciente favorecen la contención o la agresividad, para permitirles o no estar en la entrevista.</p> <p>Realizar la entrevista en un lugar tranquilo y sin objetos potencialmente peligrosos al alcance del paciente.</p> <p>El paciente y el examinador deben estar situados de forma que ambos tengan acceso a la puerta.</p> <p>Respetar la privacidad pero sin correr riesgos innecesarios.</p>	<p>CONTENCIÓN FÍSICA</p> <p>Solamente realizar tras descartar otras posibles intervenciones menos traumáticas física y psicológicamente.</p> <p>Hay situaciones en que es la primera actuación indicada.</p> <p>Explicar al paciente los motivos y la técnica para favorecer la contención.</p> <p>El médico debe reevaluar al paciente en 2 horas.</p> <p>Observación del personal de enfermería cada 30 minutos, y el aseo cada 4 horas.</p>
<p>CONTENCIÓN VERBAL</p> <p>Iniciar la entrevista por aspectos distintos a la violencia. Actitud empática. Abreacción o descarga emocional controlada. Sugestión. Clarificación.</p>	<p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p> <p>Antipsicóticos típicos y atípicos.</p> <p>Benzodiacepinas.</p> <p>Tratamientos combinados.</p>



Principios básicos de la contención física

- **Son necesarias 5 personas: una persona sujeta cada uno de los miembros y otro la cabeza.**
- **Se contiene al enfermo en decúbito supino.**
- **En los miembros superiores se sujetan los hombros y los antebrazos.**
- **En los miembros inferiores se sujeta por encima de las rodillas y los tobillos.**
- **No se deben forzar las articulaciones del paciente.**
- **No se debe colocar la cabeza del paciente próxima a esquinas u otros objetos potencialmente peligrosos.**
- **La sujeción puede ser parcial, como mínimo de dos miembros alternos (brazo derecho-pierna izquierda o viceversa) o total, sujetándose los 4 miembros y el tórax.**



Uso de antipsicóticos en niños

- **Pocos estudios controlados.**
- **Antipsicóticos típicos para niños con graves alteraciones o para aquellos no respondedores a otra medicación.**
- **Los niños metabolizan los antipsicóticos más rápido que los adultos pero también parecen necesitar niveles plasmáticos menores.**
- **Las distonías laríngeas, que se pueden presentar en esta población, son particularmente peligrosas.**
- **Alta incidencia de disquinesias tardías en este grupo etario. Puede llegar a ser hasta del 51%. Se prefiere el uso de antipsicóticos atípicos.**
- **La seguridad y la eficacia del zuclopentixol no han sido establecidas en menores de 18 años.**
- **Eficaces para el autismo, la Esquizofrenia, los trastornos de conducta, los tics, la agresión, la excitación psicomotriz, las estereotipias y la hiperactividad que no responde a ningún otro tratamiento.**



Haloperidol

- **Vía oral o intramuscular.**
- **Comienzo de acción a los 30-60 minutos de ser administrado por vía oral.**
- **Vida media de 12 a 36 horas.**
- **Duración de efecto: 24 horas.**
- **Niños de 3 a 12 años (peso de 15 a 40 kg): 0,15-0,5 mg./kg/día. Máximo de 2,5 mg. por dosis.**
 - De acuerdo al grado de excitación (niños de 6 a 12 años):**
 - **Leve: 0,5 mg./dosis**
 - **Moderado 1 mg./dosis**
 - **Severo: 2,5 mg/dosis cada 4 a 8 horas. Si fuera necesario se puede repetir a las 2 horas.**
 - **Mayores de 12 años pueden recibir entre 2 y 5 mg. por dosis.**
 - **Adolescentes: dosis media por vía oral: 0,5 a 5 mg./día.**
 - **Agitación leve: 2 mg./dosis**
 - **Agitación moderada y/o grave: 5 mg./dosis. Dosis máxima: 10 mg./dosis, 30 mg./día.**
 - **Vía intramuscular: 2 a 5 mg. Cada 4 o 6 horas. Se puede repetir en 1 a 2 horas.**



Clorpromazina

- **Niños de 6 meses a 12 años:**
 - **Dosis vía oral: 0,5 mg./kg cada 4 a 6 horas.**
 - **Dosis vía intramuscular: 0,5 mg./kg cada 6 a 8 horas, hasta 40-75 mg/día.**
- **En adolescentes agitados, la dosis por vía oral o intramuscular es de 25 mg que puede repetirse a la hora y después cada 4 a 6 horas.**
- **Se puede utilizar también por vía rectal: 1 mg./kg cada 6 a 8 horas.**



Levomepromazina

Algunos autores lo sugieren para mayores de 30 meses (Mauren-Simeoni) y otros para mayores de 6 años (Martindale).

- **Niños mayores de 6 años: 0,25 a 2 mg./Kg/día (cada 8 horas).**

Dosis media: 1 mg./kg/día.

- **Niños mayores de 10 años: 12,5 a 25 mg./día (cada 6 horas).**

Máximo: 37,5 mg./día.

*** Adolescentes: vía oral 25 mg. (12,5 mg. en preadolescentes). Se puede repetir en 2 horas.**



Efectos adversos más significativos de los antipsicóticos típicos

- **Síntomas extrapiramidales y la acatisia.**
- **Síntomas extrapiramidales y distonía aguda se tratan con biperideno (2 mg de 2 a 4 veces al día).**
- **Acatisia. Puede confundirse con la agitación. La repetición de la dosis del antipsicótico empeora la acatisia. Mejora con BZD (lorazepam).**
- **Arritmias cardíacas. Prolongación del intervalo QT. El haloperidol es el antipsicótico típico que conlleva menor riesgo cardiovascular.**
- **Disminución del umbral convulsivo. Este riesgo es mayor con los de baja potencia.**
- **Síndrome neuroleptico maligno. Complicación poco frecuente. El riesgo aumenta con las dosis altas durante períodos cortos de tiempo (ej: agitación). Control de signos vitales:**
 - **Descartar fiebre e inestabilidad autonómica.**
 - **Evaluar aparición de rigidez muscular.**



Uso de antipsicóticos atípicos en niños

- Los niños y los adolescentes pueden ser más sensibles a los SEP por risperidona.
- Los niños pueden ser más propensos a aumentar de peso (incluso con el aripiprazol).
- Los adolescentes medicados con clozapina tienen hasta un 60% de riesgo de tener alteraciones ECG (dosis-dependientes).
- Los niños presentan mayor incidencia de sedación, taquicardia, sialorrea, discrasias sanguíneas y convulsiones por clozapina.
- Olanzapina: aprobada para su uso en la Esquizofrenia a partir de los 13 años.
- Quetiapina: aprobada para su uso en la Esquizofrenia a partir de los 13 años y en episodios maníacos o con síntomas mixtos a partir de los 10 años.
- Paliperidona: no ha sido evaluada en menores de 12 años.
- El uso de ziprasidona está desaconsejado para menores de 18 años.
- La clozapina, el sertindol, y la loxapina no han sido suficientemente estudiados en la población pediátrica.
- Lurasidona: aprobada por la FDA para el tratamiento de la Depresión Bipolar en niños y adolescentes de 10 a 17 años de edad como monoterapia.



Uso de antipsicóticos atípicos en casos de agitación

Hay menor experiencia que con el uso de antipsicóticos típicos.

Risperidona

Solamente para pacientes agitados que acepten la vía oral.
En pacientes agitados la dosis de inicio podría oscilar entre 2 y 4 mg.
Principales efectos adversos: extrapiramidales y sedación.

Olanzapina

Dosis diaria de 2,5 a 20 mg, 0,12 a 0,29 mg/kg/día.
Principales efectos adversos: sedación, cefalea, insomnio, náuseas, vómitos y taquicardia.
Forma inyectable: 10 mg.



Medicaciones y guía de dosificación para el tratamiento de la agitación y agresividad en el paciente pediátrico

Grupo farmacológico	Principio activo	Dosis	Inicio de acción	Efecto máximo	Vida media	Efectos adversos
Antihistamínicos	Difenhidramina	12,5-50 mg o 1 mg./kg/dosis	Vía oral: 1 hora	Vía oral: 2 horas	5 hrs, 24 min.	Sedación Efecto paradójico Evitar en delirium
Antihistamínicos	Hidroxicina	12,5-50 mg	1 hora	2 horas	7 hrs, 6 min.	Efecto paradójico Sedación Evitar en delirium Ortostatismo



Medicaciones y guía de dosificación para el tratamiento de la agitación y agresividad en el paciente pediátrico

Grupo farmacológico	Principio activo	Dosis	Inicio de acción	Efecto máximo	Vida media	Efectos adversos
Benzodiacepinas	Lorazepam	0,5-2 mg o 0,05-0,1 mg./kg/dosis	VO: 1 hr. Vía IV: 1- 5 min. Vía IM: 20-30 min.	VO: 2 hrs. IM/IV: < 25 min.	10-20 hrs,	Sedación Efecto paradójal Depresión respiratoria NO coadministrar con Olanzapina IM.
Alfa-2 agonistas	Clonidina	0,05-0,1 mg	30 min- 1 hora	2-4 horas	12-16 hrs.	Hipotensión Bradycardia Ortostatismo Sedación HTA/taquicardia de rebote



Medicaciones y guía de dosificación para el tratamiento de la agitación y agresividad en el paciente pediátrico

Grupo farmacológico	Principio activo	Dosis	Inicio de acción	Efecto máximo	Vida media	Efectos adversos
Antipsicóticos Típicos de baja potencia	Clorpromazina	12,5-50 mg (IM: ½ dosis VO) o 0,55 mg./kg/dosis	VO: 30-60 min. IM: 15 min.	VO: 30-60 min. IM: 15 min.	7-8 horas.	Sedación Prolongación del QT Hipotensión.
Antipsicóticos típicos de alta potencia	Haloperidol	0,5-5 mg (IM: ½ dosis VO) o 0,55 mg./kg/dosis	VO: 1 hr. IM/ IV: <5 min.	VO: 2-6 hrs. IM/IV: 20 min.	VO: 15-30 hrs. IM: 20 hrs. IV: 14-26 hrs.	Efectos extrapiramidales Prolongación del QT (IM, IV). Hipotensión.



Medicaciones y guía de dosificación para el tratamiento de la agitación y agresividad en el paciente pediátrico

Grupo farmacológico	Principio activo	Dosis	Inicio de acción	Efecto máximo	Vida media	Efectos adversos
Antipsicóticos atípicos	Olanzapina	VO: 2,5-10 mg. IM: ¼ VO.	VO: 5 horas. IM: 15-45 min.	VO: 5 horas. IM: 15-45 min.	21-51 horas.	“Metabolic risk” Ortostatismo Sedación NO coadministrar con lorazepam IM/IV.
Antipsicóticos atípicos	Ziprasidona	VO: 10-20 mg (con comidas). IM: 5-10 mg.	VO: 6 horas. IM: 15 min.	VO: 7 horas. IM: 1 hora.	3-4 horas	Prolongación del QT Ortostatismo Sedación.



Medicaciones y guía de dosificación para el tratamiento de la agitación y agresividad en el paciente pediátrico

Grupo farmacológico	Principio activo	Dosis	Inicio de acción	Efecto máximo	Vida media	Efectos adversos
Antipsicóticos atípicos	Risperidona	0,25-1 mg o 0,005-0,01 mg./kg/dosis	< 1 hora	1 hora	3-20 horas.	Efectos adversos extrapiramidales "Metabolic risk" Sedación Ortostatismo
Antipsicóticos atípicos	Quetiapina	25-50 mg O 1-1,5 mg/kg/dosis	< 1 hora	30 min-2 horas	5 horas	Sedación Hipotensión



Tratamiento farmacológico. Algunas referencias.

- **Haloperidol:** aprobación de la FDA desde los 3 años. Dosis: 0,5 mg/kg/día o 10 mg./día. Presentación oral e intramuscular.
- **Risperidona:** aprobación de la FDA desde los 3 años. Dosificación: 0,25 mg./kg/día o 4 mg./día. Presentación oral.
- **Olanzapina.** Dosificación: 2,5 mg/kg/día o 10 mg./día. Presentación oral e intramuscular (sólo está aprobada para la agitación psicomotriz).
- **Quetiapina.** Dosificación: 100-600 mg./día. Presentación oral.
- **En función del nivel de angustia se pueden utilizar benzodiacepinas de forma coadyuvante.**

Benzodiazepinas

- **Comparadas las benzodiazepinas (BZD) con los antipsicóticos típicos se detecta una eficacia similar para el tratamiento de la agitación aguda.**
- **Las BZD no producen síntomas extrapiramidales.**
- **Las BZD no reducen el umbral convulsivo.**
- **Desventaja de las BZD: a las 24 horas no producen ninguna mejoría sobre otros síntomas psiquiátricos distintos a la agitación como psicosis o euforia.**
- **Benzodiazepinas más utilizadas:**
 - **Lorazepam Dosis para niños y adolescentes: 1-6 mg./día.**
 - **Midazolam**
 - **Diazepam. (Vía IM: absorción errática. La vía IV tiene el riesgo de depresión respiratoria; sólo está indicado en casos extremos de agitación y si se dispone de un equipo de reanimación. La administración IV debe ser lenta).**
- **Evitar su uso en niños pequeños y en pacientes con autismo por el riesgo de reacciones paradójales.**
- **La asociación de antipsicóticos típicos y benzodiazepinas ha demostrado ser superior a ambos agentes por separado en el tratamiento de la agitación. La combinación permite una reducción más rápida de la agitación con una dosis menor de antipsicóticos y menos SEP.**



Bibliografía

Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Kaplan-Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Editorial Waverly Hispanica S. A., Año 2004.

José Ángel Alda Diez & Sabel Gabaldón Fraile. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Editorial Masson. Año 2006.

Gabriela Jufe. Psicofarmacología práctica. Cuarta edición ampliada. Editorial Polemos. Año 2017.

Goldar, J. C. y Outes, D. L.: "Fisiopatología de la desinhibición instintiva" Acta Psiquiát. Amer. Lat., 18: 177-185, 1972.

Hugo Massei. Psicofarmacología infanto-juvenil. Editorial Polemos. Año 2005.

P. Sánchez Mascaraque, O. Valentín González Aduna. Urgencias en psiquiatría infantil. Pediatr Integral 2014; XVIII(5): 312-319.

Todd E. Peters. Vera Feuer. Emergency child and adolescent psychiatry. Elsevier. July 2018.