

La Psicosis en las Urgencias Psiquiátricas



Sonia Rivero Ortega
Psiquiatra CSMA "Ciutat Vella"
5 de Junio del 2019
Sant Boi de Llobregat

La psicosis.

Síndromes que se caracterizan por la ruptura o desconexión con la realidad del entorno y suponen la aparición de alteraciones de conducta.

Motivos de consulta en el triaje:

- Alteraciones de la conducta.
- Alteraciones del contenido del pensamiento.
- Alteraciones sensorio-perceptivas.
- Alteraciones de la psicomotricidad.
- Alteraciones de la esfera afectiva.
- Alteraciones de los ritmos biológicos.
- Auto o heteroagresividad.
- Efectos secundarios atribuibles a una medicación
- Intoxicación o abstinencia.

Prueba de realidad alterada: no logra discernir entre lo real y lo no real.

Síntomas positivos

- **Ideas delirantes.** Creencia falsa irreductible a la lógica y que no es aceptada por miembros del entorno cultural.
- **Alucinaciones.** Percepción de estímulos sensoriales en ausencia de una fuente real de éstos.
- **Ilusiones.** Percepción distorsionada de estímulos.
- **Pensamiento desorganizado.**

Síntomas negativos

- **Alogia.** Disminución de la producción y contacto verbal.
- **Abulia.** Pérdida de iniciativa, falta de energía e impulso, con ausencia de finalidad en los actos.
- **Aplanamiento efectivo.** Indiferencia e insensibilidad, ausencia de expresión emocional.
- **Aislamiento social.** Incapacidad de mantener contacto íntimo con otras personas.

Puede existir suspicacia, agitación psicomotriz, ansiedad, agresividad, actitud alucinada, catatonía.

Síntomas de psicosis

El delirio.

- Idea “falsa”, irrefutable a un argumento lógico.
- Valorar el contexto social y cultural (creencias ancestrales, mágicas y religiosas).

Las alucinaciones.

- Experiencia sensorial percibida como si se diera a través de los sentidos pero sin base en la realidad (percepción verídica).
- Valorar:
 - Si atribuirla exclusivamente a un trastorno psiquiátrico.
 - Elementos catatímicos, determinantes a la hora de comprender el síntoma.
 - Confundir con alucinaciones las ilusiones visuales que pueden presentar personas muy sugestionables.

Catatonía.

- Síndrome psicomotor, cada vez más infrecuente, caracterizado por:
 - Acinesia/hipercinesia.
 - Catalepsia (flexibilidad cérea).
 - Manierismos y/o conductas motoras repetitivas.
 - Ecolalia.
- Causa más frecuente: trastornos afectivos.

La clave: la anamnesis y la exploración psicopatológica.

- Descartar la presencia de alguna **enfermedad médica**, de alguna **sustancia o medicamento** que pudiera causar el cuadro.
- A veces es difícil obtener una historia previa y mucho menos un diagnóstico concreto y siempre debemos considerar la información proporcionada por los acompañantes.

Exploraciones complementarias.

- Constantes vitales: TA, FC, T^a
- Hemograma y bioquímica básica.
- Cursar protocolos disponibles para FEP.
- Control de tóxicos en orina.
- EKG.
- TAC craneal.

Cuadros clínicos más frecuentes.

- Esquizofrenia.
- Episodio maníaco o depresivo con síntomas psicóticos (congruentes o incongruentes con el estado de ánimo).
- Psicosis esquizoafectiva.
- Trastorno delirante.
- Psicosis reactiva breve.
- Psicosis injertada (en el contexto de una discapacidad intelectual).

Cuadros clínicos más frecuentes (II)

- Psicosis facticia y simulación.
- Psicosis *histérica* (síntomas disociativos).
- Psicosis orgánicas.
- Psicosis tóxicas.

Esquizofrenia.

A considerar:

- **Primeros episodios:** ruptura biográfica (disolución de la identidad propia), alteraciones prodrómicas insidiosas.
- **Reagudizaciones:** incumplimiento terapéutico, estresores sociofamiliares.

Esquizofrenia (II).

Alteraciones de la forma y del contenido del pensamiento:

- **Discurso** simple, circunstancial, dificultades para la abstracción, neologismos, metonimias, pérdida de asociaciones lógicas.
- **Delirios**: pueden ser difíciles de identificar en FEP. Valorar conducta, expresión no verbal e información de los familiares.
- **Percepciones e interpretaciones** delirantes.
- Bloqueos y robo/difusión del **pensamiento**: intercepción del flujo de las ideas por influencias ajenas a la voluntad.

Esquizofrenia (III).

Alteraciones sensoperceptivas:

- Alucinaciones **auditivas**: suelen ser voces, que se dirigen al paciente en forma directa o hablándole en tercera persona.
- Alucinaciones **cenestopáticas**: percepciones aberrantes de sensaciones somáticas (táctiles, viscerales, algésicas).
- Alucinaciones **visuales**: orientan a enfermedad orgánica o consumo de tóxicos.

Esquizofrenia (IV).

Sintomatología ansiosa y afectiva:

- Angustia psicótica: inquietud, sensación subjetiva de que “algo está a punto de suceder”. Suele aparecer en el tremor delirante propio de los FEP o de forma incipiente en una reagudización.
- Depresión psicótica: ánimo bajo, apatía, anhedonia, inhibición psicomotriz, alteración de los ritmos biológicos. Considerar el riesgo de suicidio.

Esquizofrenia (V).

Intentos o ideas de suicidio:

- Factores de riesgo:

- mayor cronicidad,

- inicio a edades tempranas,

- recaídas,

- conciencia de enfermedad,

- síntomas negativos,

- efectos secundarios de medicación
neuroleptica.

Esquizofrenia (VI).

Síntomas atribuibles al tratamiento con psicofármacos:

- Acatisia: inquietud y desasosiego que se vive con gran angustia.
- Distonías agudas: contracción involuntaria de grupos musculares.
- Parkinsonismo yatrogénico: rigidez, bradicinesia, hipomimia, sialorrea. *Diferenciar acinesia de afecto embotado.*
- Discinesias tardías: pacientes con edad avanzada que han recibido tratamiento con neurolepticos. Empeora con la administración de anticolinérgicos.

| SEP | Síntomas | Factores de riesgo | Tratamiento |
|--|---|---|---|
| Distonía aguda (hiperdopaminergia en ganglios basales) | -Espasmo muscular de lengua, cara y cuello. -Crisis oculogiras. -Alteraciones en la marcha. -Disartria, espasmo laríngeo. | Varones jóvenes, tras 1-5 días de iniciar tratamiento. | Anticolinérgicos: Biperideno 2-4 mg día vía oral o IM. Trihexifenidilo 5-15 mg/día oral. |
| Parkinsonismo (hipodopaminergia en núcleo nigroestriado) | -Rigidez muscular en rueda dentada. -Temblor. -Bradicinesia o acinesia. -Hipomimia facial. | Ancianos, tras 5-30 días de iniciar tratamiento. | -Reducir dosis o cambiar el antipsicótico. -Añadir tratamiento con fármacos anticolinérgicos como con biperideno (2-6 mg/día) o trihexifenidilo (5-15 mg/día). |
| Discinesia orofacial | -Temblor fino de labio y zona perioral. | Variables, puede aparecer tras meses o años de tratamiento. | -Fármacos anticolinérgicos, como biperideno o trihexifenidilo (dosis similares al tratamiento del parkinsonismo). |
| Acatisia (hipótesis: desequilibrio dopamina/noradrenalina) | -Sensación subjetiva de irritabilidad e inquietud que lleva a una hiperactividad motora manifestada principalmente con movimientos repetitivos o balanceo de miembros. | Mujeres de mediana edad, tras 1-30 días de iniciar el tratamiento. | -Reducir dosis o cambiar el antipsicótico. -Asociar: Benzodiacepinas: lorazepam 1mg/8h ó clonazepam 0,5mg/8h. Propranolol : 10-30mg/8h. Biperideno: 2mg/12h. |
| Discinesia tardía (hipersensibilidad funcional del receptor D2) | -Movimientos repetitivos e involuntarios, generalmente a nivel orofacial como: deglución continua, sacar/entrar la lengua o distorsiones faciales espásticas (tipo coreoatetoide). -Puede afectar también a la musculatura respiratoria. -Aumenta con la tensión emocional y disminuye durante el sueño | Ancianos, mujeres (1,7:1), tras tratamientos a altas dosis durante años: a pesar de tener añadido fármacos anticolinérgicos. | -Reducir dosis o retirar el antipsicótico. -Cambio a antipsicóticos de 2ª generación (clozapina). -Añadir fármacos con acción GABAérgica como benzodiacepinas o ácido valproico. -Vitamina E |

Síndrome neuroléptico maligno.

- Período de exposición previa a neurolépticos (de horas a días).
- Síntomas iniciales: discinesias, temblor, hipertonía muscular, agitación severa, síntomas vegetativos.
- Síndrome completo: rigidez muscular severa, fiebre, agitación, confusión.
- Complicaciones finales: rabdomiolisis (elevación de CPK), fallo renal, CID, insuficiencia respiratoria.

Psicosis esquizoafectiva.

- Categoría clínica controvertida: variante de enfermedad afectiva bipolar con mal pronóstico.
- Sintomatología psicótica sobre la cual se sobreponen síntomas afectivos preeminentes.
- Difícil establecer el diagnóstico en urgencias.

Psicosis reactiva breve.

- Sintomatología de origen brusco, en relación con estresores psicosociales.
- *Restitución ad integrum*, tras la resolución del cuadro.
- Frecuente en paciente con diagnóstico previo de trastorno de la personalidad.

Episodio maníaco con síntomas psicóticos.

- Ánimo hipertímico, disfórico o lábil.
- Verborrea, habla difícil de interrumpir, rimas por asonancia, pérdida de idea directriz. Querulante, soez, reivindicativo.
- Conducta desinhibida. Disminución de las horas habituales de sueño.
- Desorientación leve, inatención.
- Ideación delirante congruente con el estado de ánimo. *No usar el contenido de los síntomas psicóticos, para diferenciar de la esquizofrenia.*
- En caso graves, cuadro de estupor maníaco.

Psicosis delirante crónica.

- Edades más avanzadas, sin la existencia de una “ruptura biográfica” respecto al funcionamiento premórbido.
- Ideación delirante altamente sistematizada, de temática “no extravagante”: perjuicio, referencial, celotipia, erotomanía o somática.

Psicosis *histérica* (*T.Disociativo*).

- Conductas extravagantes: teatralidad, sugestionabilidad.
- Existencia de factor estresante rasgos de personalidad previos (histrionismo).
- Aspecto llamativo (colores, adornos) y aseo descuidado.
- El paciente sugiere “estar en otro lado”. Atención focalizada en parte de la realidad, campo de la conciencia estrechado.
- Ideación delirante de contenido desiderativo e infantiloides. Aparecen de forma aguda.
- Alteraciones sensorio-perceptivas visuales y auditivas muy complejas. Indiferencia afectiva.

Psicosis facticia y simulación.

- Sintomatología llamativa, atípica en su instauración, fluctuante.
- Frecuente en paciente con diagnóstico previo de trastorno de la personalidad.
- Identificar beneficio secundario y tener certeza del control voluntario de los síntomas.

Psicosis orgánicas.

- Importante conocer los antecedentes personales y familiares del paciente.
- Curso fluctuante, alteraciones del nivel de conciencia y la atención, evolución clínica atípica.
- Conductas extravagantes: orinar en lugares inadecuados, desnudarse en público.
- Alucinaciones visuales, con nivel de conciencia y juicio de realidad conservado (alucinosis).
- Alucinaciones táctiles y olfativas.

Causas orgánicas de psicosis aguda.

Inducidas por drogas:

- THC.
- Cocaína (base libre o crack por vía IV, inhalada).
Delirio de infestación cutánea.
- Anfetaminas. MDMA (3,4-metilenedioxietanfetamina, “éxtasis”, shabú).
- Abstinencia de alcohol o hipnóticos-sedantes.
- Fenciclidina (PCP o “polvo de angel”).

Puede imitar síntomas maníacos o esquizofrenia.
Taquicardia, midriasis... Intoxicación/flashbacks.

- Alucinógenos: LSD, psilocibina, mescalina

Causas orgánicas de psicosis aguda (II).

Fármacos y exposición a sustancias tóxicas:

- Anticolinérgicos (tricíclicos, antiparkinsonianos-levodopa-, plantas silvestres).
- Glucocorticoides y ACTH.
- Digoxina.
- Isoniacida.
- Monóxido de carbono, disulfuro de carbono disolventes orgánicos y metales pesados.
- Más raro: alprazolam, indometacina, procainamida, captopril.

Causas orgánicas de psicosis aguda (III).

Alteraciones metabólicas:

- Hipoglucemia.
- Encefalopatía hepática y/o hipóxica.
- Síndrome de Cushing (más raro Addison).
- Hipo e hipercalcemia.
- Hipo e hipertiroidismo.
- Síndromes paraneoplásicos.
- Porfiria aguda intermitente.
- Déficits nutricionales: tiamina (Wernicke-Korsakoff), niacina (pelagra) y vitamina B12.

Causas orgánicas de psicosis aguda (IV).

Enfermedades neurológicas:

- Encefalitis, meningitis y absceso cerebral.
- Neurosífilis.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Enfermedad de Wilson.
- Enfermedad de Huntington.
- Crisis epilépticas (parciales complejas).
- Enfermedad vascular cerebral.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Neoplasias del SNC.

Psicosis injertada.

- Difícil diferenciar en ocasiones de los síntomas de esquizofrenia.
- Alucinaciones expuestas abiertamente (pseudoalucinaciones auditivas).
- Temática delirante no sólida, cambiante y sin resonancia afectiva.

Valoración de hospitalización vs tratamiento ambulatorio.

- Apoyo familiar adecuado.
- Comorbilidad (p.ej. consumo de tóxicos).
- Riesgo de auto o heteroagresividad.
- Respuesta adecuada a fármacos en episodios previos.
- Cumplimiento del tratamiento prescrito.
- Existencia de un dispositivo asistencial ambulatorio flexible.

Objetivos en el abordaje de la psicosis (y sí, también en urgencias).

- Evitar el deterioro biológico, social y psicológico que, por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico.
- Disminuir la comorbilidad.
- Favorecer una recuperación más rápida.
- Mejorar el pronóstico.
- Ayudar a la conservación de las habilidades psicosociales:
 - Conservar el apoyo familiar y social.
 - Disminuir la necesidad de hospitalización.

Objetivos (II)

- Proporcionar una relación terapéutica de apoyo.
- Transmitir esperanza a los pacientes y familia.
- Ayudar a los pacientes a que acepten la medicación.
- Requerir el soporte de la familia y ofrecerle apoyo.
- Impedir el daño del paciente hacia sí mismo o a los demás.
- Reducir la sintomatología psicótica y la asociada.
- Controlar las conductas alteradas.
- Ofrecer tratamiento en el ámbito menos coercitivo y restrictivo posible.

Tratamiento farmacológico.

- Debería iniciarse de forma inmediata, a no ser que interfiera con la evaluación diagnóstica a fin de:
 - Aliviar el malestar emocional,
 - Minimizar alteraciones en la vida del paciente,
 - Evitar un riesgo considerable de aparición de comportamientos que pueden ser peligrosos para él y los demás.
- Los pacientes y familiares deberían ser totalmente informados acerca de los beneficios y riesgos de la terapia farmacológica.

Tratamiento farmacológico (II).

- Respuesta previa del paciente al tratamiento.
- Perfil de efectos adversos.
- Preferencias para una determinada medicación en función de la experiencia previa.
- Evitar el uso de medicación propensa a debilitar la adherencia futura debido a la aparición de efectos adversos.
- El objetivo inmediato no es sólo la reducción de la agresión, agitación y el riesgo sino también hacer que el paciente se sienta subjetivamente mejor y más calmado con una buena tolerabilidad.

En primeros episodios psicóticos.

- Se recomienda un período de 24 a 48 horas de observación sin recurrir a los antipsicóticos, pero con opción de utilizar benzodiazepinas para la ansiedad y los trastornos del sueño.
- Iniciar la administración de antipsicóticos de segunda generación.
- “Start low, go slow”.

BZD y AP.

- Dosis aproximativa de antipsicóticos, en pacientes que no recibían previamente medicación:
 - Risperidona: 3-9 mg/día.
 - Olanzapina: 10-20 mg/día.
 - Haloperidol: 3-10 mg/día.
 - Quetiapina: 400-800 mg/día.
 - Amisulpiride: 400-800 mg/día
 - Ziprasidona: 80-160 mg/día.
 - Aripiprazol: 10-30 mg/día.
 - Paliperidona: 6 mg/día.
- Introducir benzodiacepinas ante las exacerbaciones de cuadros crónicos o inicio de episodios agudos.

En metanálisis se analizó el mejor tratamiento farmacológico en un episodio psicótico

- A los 60 minutos
 - Olanzapina
 - Risperidona
 - Loxapina
- A los 120 minutos
 - Risperidona más clonazepam
 - Haloperidol más clonazepam
 - Aripiprazol

Bibliografía:

- Chinchilla A. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Masson, 2003
- Gastó C, Vallejo J. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2001
- Kaplan HL, Sadock BJ. Manual de Psiquiatría de Urgencias. Madrid: Médica Panamericana, 1996