

# **RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES Y EPILEPSIA**

**Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.  
Dirección de Provisión de Servicios de Salud**

**ENFONQUE DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS**

**2022**



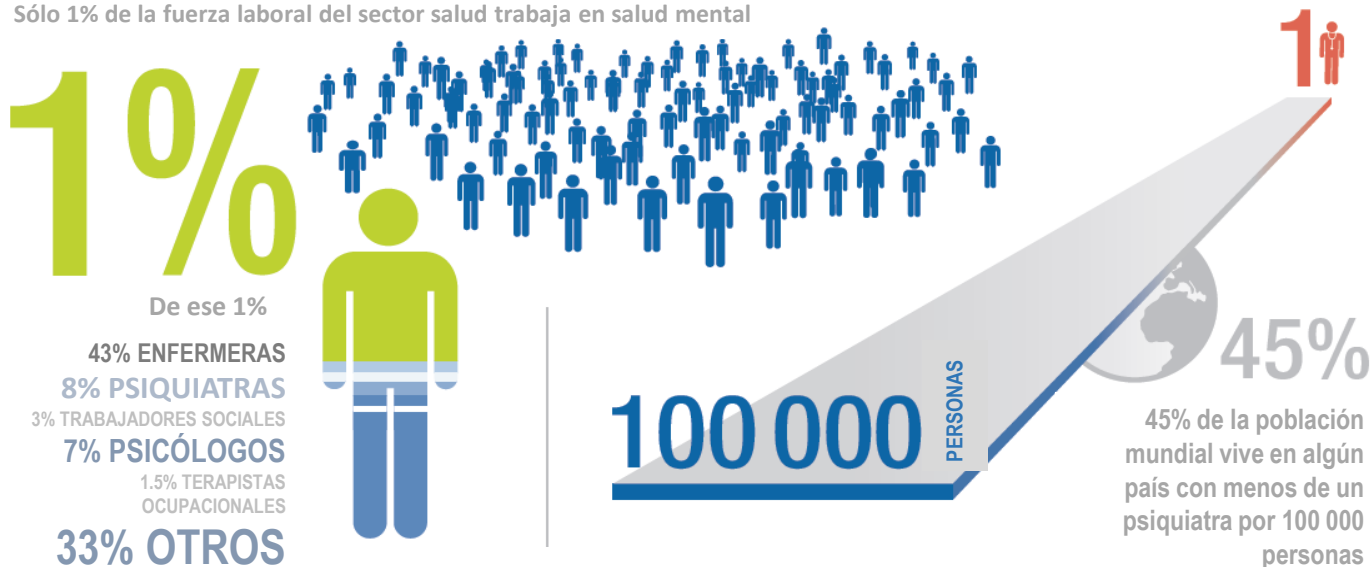
SECRETARÍA DE  
SALUD



# 1. ¿Por qué estamos aquí?

## RECURSOS HUMANOS

Sólo 1% de la fuerza laboral del sector salud trabaja en salud mental





## 2. Claves en la entrevista en psiquiatría

---

# Escucha activa

Escuche sin ser distraído.

Escuche y preste atención:

- Mensajes verbales (qué se dice).
- Mensajes no verbales (qué se dice con el lenguaje corporal y las expresiones faciales, etc.).

Brinde tiempo:

- No se precipite.
- Permita silencios.



# Como Preguntar?



**Preguntas abiertas:** Difícil dar una respuesta con una sola palabra o frase, no usar en sujetos negativistas o con baja empatía.

*¿Qué plan tiene de ahora en adelante?*

**Preguntas cerradas:** Solo se puede responder con una sola palabra o frase, impide una respuesta amplia, pero útil en paciente circunstancial o paciente confuso.

*¿Duerme bien?*

**Preguntas de respuesta voluntaria:** Da la opción que el paciente decida, utilizar al lograr adecuada empatía. *¿Podría contarme que lo trae a consulta?*

**Pregunta con respuesta implícita:** Se sugiere la respuesta; no es recomendable, solo si se sospecha que es un simulador. *¿Las voces dentro de su cabeza lo afectan a toda hora?, se continua la conversación ¿de manera pues, que las voces que usted escucha solo aparecen por momentos?*



Con alguna frecuencia, la información solo se puede obtener cuando el entrevistador hace insinuaciones o comentarios acerca de temas que el paciente no hace de manera espontanea y evidente, que trata de eludir. Entre mas espontanea se vea la insinuación mas se fortalece la empatía.

E: Doña A, me imagino, que sus molestias y su nerviosismo han afectado también la intimidad con su esposo....

Pte.: Claro, doctor... hasta le he cogido fastidio... A veces lo hago por pura obligación.

E.: Eso quiere decir que sus deseos sexuales han disminuido.

Pte.; Por supuesto. Siento mucha rabia, pero me toca. Antes de este mal, las cosas no eran así. Aunque él a veces es comprensivo, ahora casi siempre hay una pelea por eso.

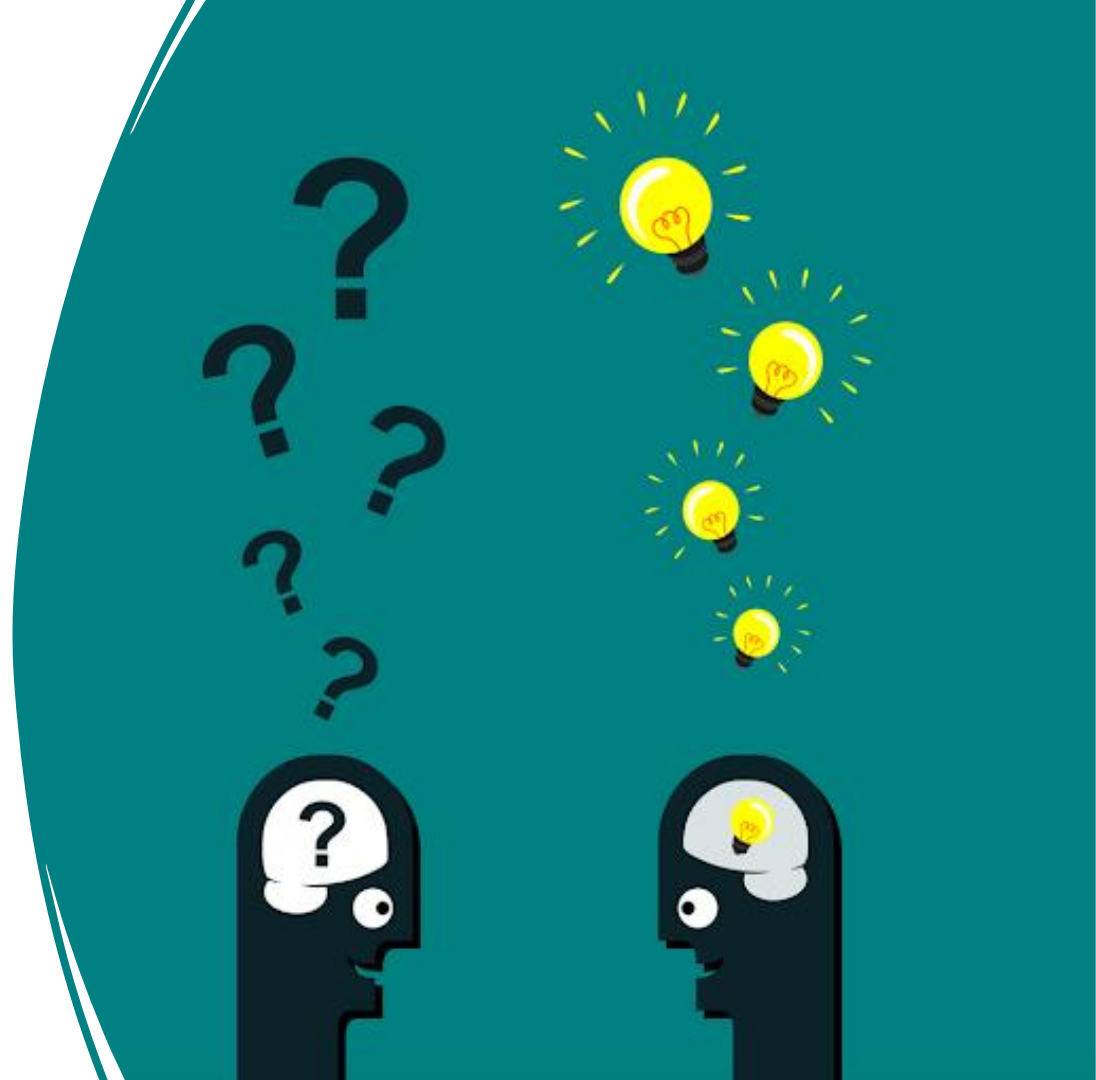
# Propuestas

---

Se propone un tema al paciente, sin que se vea confrontado u obligado.

*Ahora discutamos un poco sobre...*

*Revisemos, entonces ese asunto...*





### 3. Enfoque de psicosis

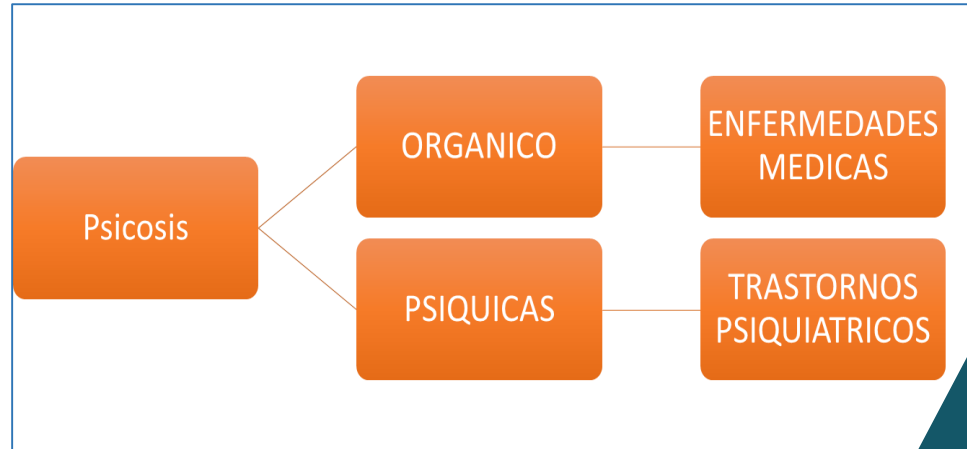




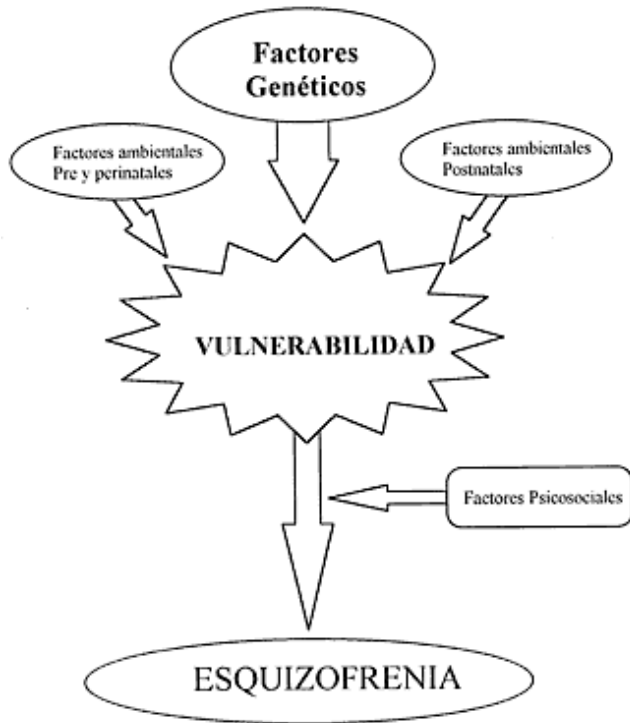
# PSICOSIS

## Perdida del contacto con la realidad

- Alteraciones de los sentidos: Auditivas principalmente
- Alteración del pensamiento: Desorganización, ideas delirantes
- Comportamiento desorganizado.
- Alteración afectiva
- Perdida del juicio de realidad.



# ETIOLOGIA



- Factores genéticos
- Factores en el neurodesarrollo.
- Factores ambientales: Desarrollo en el vientre, falta de oxígeno, desnutrición.
- Factores psicosociales: Traumas, abandonos, consumo de sustancias, en especial la marihuana.



## AFFECTIVOS

FOBIAS

ATAQUES DE PANICO

TRASTORNO DE ANSIEDAD.

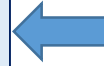
DEPRESION: ANHEDONIA  
(TMG)



## TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

- TRASTORNO DEL AFECTO
- PSICOSIS
- MANIA

\*\*TMG



## TRASTORNOS PSICOTICOS

T. DELIRANTE

T. PSICOTICO BREVE

ESQUIZOFRENIFORME

ESQUIZOAFECTIVO

ESQUIZOFRENIA  
"DEMENCIA PRECOZ"

SECUNDARIO A CONSUMO DE SPA

A ENFERMEDAD



**Psychosis**

## TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

## - ESTRÉS Y TRAUMAS - ALIMENTACION

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO





## 4. Paciente agitado



# Paciente agitado

Comportamiento verbal y/o motor excesivo que puede progresar hasta la agresión, tanto verbal como física, tanto hacia otras personas como contra el sujeto mismo.

## SÍNTOMAS

Inquietud y aumento de actividad motora de variada intensidad, respuesta exagerada a estímulos, irritabilidad, actividad verbal y motora inapropiada con aumento del tono muscular y postura de defensa y ataque, amenaza explícita de agresión, daño de objetos



PSYCHOSIS

EDITABLE STROKE

## INDICACIONES

Cuadro psiquiátrico no funciona contención verbal

Cuadro orgánico - protección del paciente

Agresión presente o destrucción del ambiente

Ancianos – Prevención caídas

Solicitud del paciente

## NO INDICADO

Resuelve con intervención verbal (evaluar)

Castigo/antipatía

Conveniencia del personal u otro paciente

Patologías (Úlceras, hemorragias, hipertensión)



# ABORDAJE



ABORDAJE	DESCRIPCION
VERBAL	Educado, en tono bajo, no amenazante, pero con seguridad y firmeza. Interés en problema. ofreciéndole ayuda y comprensión
MECANICA	Para evitar agresión. Varios puntos. Junto con farmacológica
FARMACOLOGICA	Se utiliza en la mayor parte de los cuadros. Tener cuidado según etiología.

**RECUERDE PRIMERO SIEMPRE SU  
SEGURIDAD**



## PROCEDIMIENTO



- De 5 a 6 personas.
- Lidera evaluar la necesidad de mas personas.
- Articulación proximal y distal.
- Actuar engrupo (avanzar hacia adelante)

- Dos puntos (brazo y pierna contrarios, y para lo cual debe cooperar el paciente como es el caso de las terapias de conducta), las cuatro extremidades, cinco puntos si se fija la cintura o abdomen. Empezar con el abdomen.











# Fármacos

- En Colombia se utiliza Haloperidol y midazolam.
- Uso de Olanzapina.
- Agitación Orgánica Haloperidol.



FARMACO	PRESENTACIÓN	APLICACIÓN
Haloperidol	Tab 5mg Ampolla 5mg	Siempre IM si se utiliza en ampolla. 5 a 10mg
Midazolam	Ampolla 5mg/ml y 15/3ml	Aplicar IM, 15 a 30 min
Lorazepam	Tableta de 1 y 2 mg	Si paciente acepta con abordaje verbal

CONDICIÓN	TRATAMIENTO
DELIRIUM/DEMENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haloperidol hasta 1.5mg día (Delirium) hasta 7.5mg como antipsicótico</li> <li>- Risperidona 2mg día.</li> <li>- Quetiapina iniciar 25mg a 50mg día</li> </ul>
ESQUIZOFRENIA/PSICOSIS POR CONSUMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risperidona Iniciar de 2 a 4mg día</li> <li>- Olanzapina iniciar de 5 a 10mg día</li> <li>- Clozapina iniciar 25 a 50mg día</li> <li>- Haloperidol dosis de 7.5mg día</li> </ul>
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carbonato de litio 900mg día/A. Valproico 250mg 750g día.</li> <li>- Si presenta síntomas psicóticos Olanzapina/risperidona</li> </ul>



## 5. Manejo de la conducta suicida

---

## Evaluación y clasificación de la ideación suicida

Por alteraciones derivadas al intento, manifestando por voluntad propia la ideación o llevado por su red de apoyo.

- Siempre establezca primero la condición medica
- En todo paciente que consulte por alteraciones emocionales o psicóticas, indague ideación suicida.
- Siempre indagar antecedentes de intentos previos y patologías psiquiátricas.
- Debe ser valorado por psiquiatria o medico con entrenamiento en mhGAP.

Triage de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Sí	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?		----
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		
Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color.		



# FACTORES DE RIESGO



Sex	Género masculino
Age	< 20 o > 45 años
Depression	Depresión
Previous Attempt	Intento de suicidio previo
Ethanol abuse	Abuso de alcohol y otras sustancias
Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional (psicosis)
Social support lacking	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide	Plan suicida estructurado
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud

0-2: bajo riesgo.

3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso

5-10: precisa ingreso.

## INTENTO SUICIDA

**CAUSA:** Psicótico (Voces de comando), depresión. Reactivo (existencial). Personalidad

**PLANIFICACION:** premeditación, estructurando la idea impulsividad.

# Aproximación farmacológica inicial



- ✓ Tener en cuenta si el paciente viene tomando alguna medicación y la suspendió; también antecedentes de efectos adversos a psicofármacos, para reiniciar manejo.
- ✓ Si se sospecha cuadro afectivo, iniciar inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina o escitalopram), si presenta amrcada ansiedad inicie benzodiacepina conjunta (Lorazepam, clonazepam).
- ✓ Si el paciente presenta autoagresión, amenaza de conducta suicida en el servicio o se muestra agresivo, con comportamiento violento, debemos evaluar la necesidad de contención farmacológica con una benzodiacepina de vida corta como Midazolam que es de presentación intramuscular acompañado de antipsicóticos también por esta vía como lo es el haloperidol. Si el paciente acepta recibir medicación podemos utilizar un antipsicótico como Risperidona u olanzapina acompañado de benzodiacepina de vida media o corta (Lorazepam).



# Aproximación psicoterapéutica inicial



- **Psicoeducación:** Se debe explicar al paciente, la necesidad de observación en nuestro servicio de urgencias, los procedimientos, tratamiento y valoraciones a realizar e intentar generar consciencia en el paciente desde temprano, sin caer en juicios de valor, la gravedad de lo sucedido y la disposición a brindar ayuda por parte nuestra, para asegurar que la persona entienda la utilidad de hablar de sentimientos negativos y de cuán importante es identificar a personas que la apoyen cuando se siente así.
- **Cuidado del paciente y crear un entorno seguro:** Primero se debe garantizar la estabilización clínica del paciente y/o la atención a las lesiones que este presente. Mantenerlo en un lugar donde podamos observar el paciente y no tenga acceso a elementos con los cuales pueda hacerse daño
- **Ofrecer y activar apoyo psicosocial:** Movilizar a la familia y amigos para que le den apoyo al paciente y hacer que la persona se sienta segura, hacer énfasis con el paciente en sus factores protectores y resaltarlos.
- **Dar apoyo a los cuidadores:** Mantener informada a la familia de lo que estamos llevando a cabo desde el cuidado físico hasta la necesidad de seguimiento por el área de salud mental, permitir la expresión de emociones, y explicar la necesidad de mantener en seguimiento intramural hasta definir conducta definitiva por el especialista
- **Tratar cualquier otra condición neurológica, mental o consumo:** El inicio temprano del tratamiento de las patologías subyacentes del paciente es fundamental para el buen pronóstico de cuadro.

# Ruta integral de atención en salud

## 1 Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud

Acciones realizadas en los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas



Valoración en salud mental por curso de vida

Físico y Motor / Socio-emocional / Cognitivo

## 2 Ruta integral de atención para grupos de riesgo

Acciones dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención



Grupos de Riesgo : 5 Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento

## 3 Rutas integrales de atención específica

Acciones de recuperación, rehabilitación y paliación



Riesgo / Evento

Depresión, Demencia, Esquizofrenia y Suicidio



# Intervenciones para la salud mental planteadas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

## Intervenciones individuales

Valoración de la salud mental



Anamnesis, instrumentos de tamizaje (tamiz RQC, SRQ, Apgar Familiar ) según fase del curso de vida.  
Identificación de riesgos asociados con violencias, consumo de SPA, problemas, trastornos mentales y epilepsia.  
Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.



Canalización a Ruta Integral de Atención a Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia

Educación para la salud mental  
(individual, familiar y grupal)



Fortalecimiento de factores protectores, identificación y abordaje de riesgos para la salud mental en cada fase del curso de vida y según los hallazgos de la valoración. Ej: patrones de crianza, manejo del estrés, cambios esperados en las fases del curso de vida, relación con enfermedades crónicas, sobre carga del cuidador, etc.



# **ruta integral de atención para los problemas y trastornos mentales y epilepsia**

## **Tramo: Problemas**

**Fortalecer  
capacidades de  
enfrentamiento  
del individuo y  
la familia ante  
estresores  
vitales**

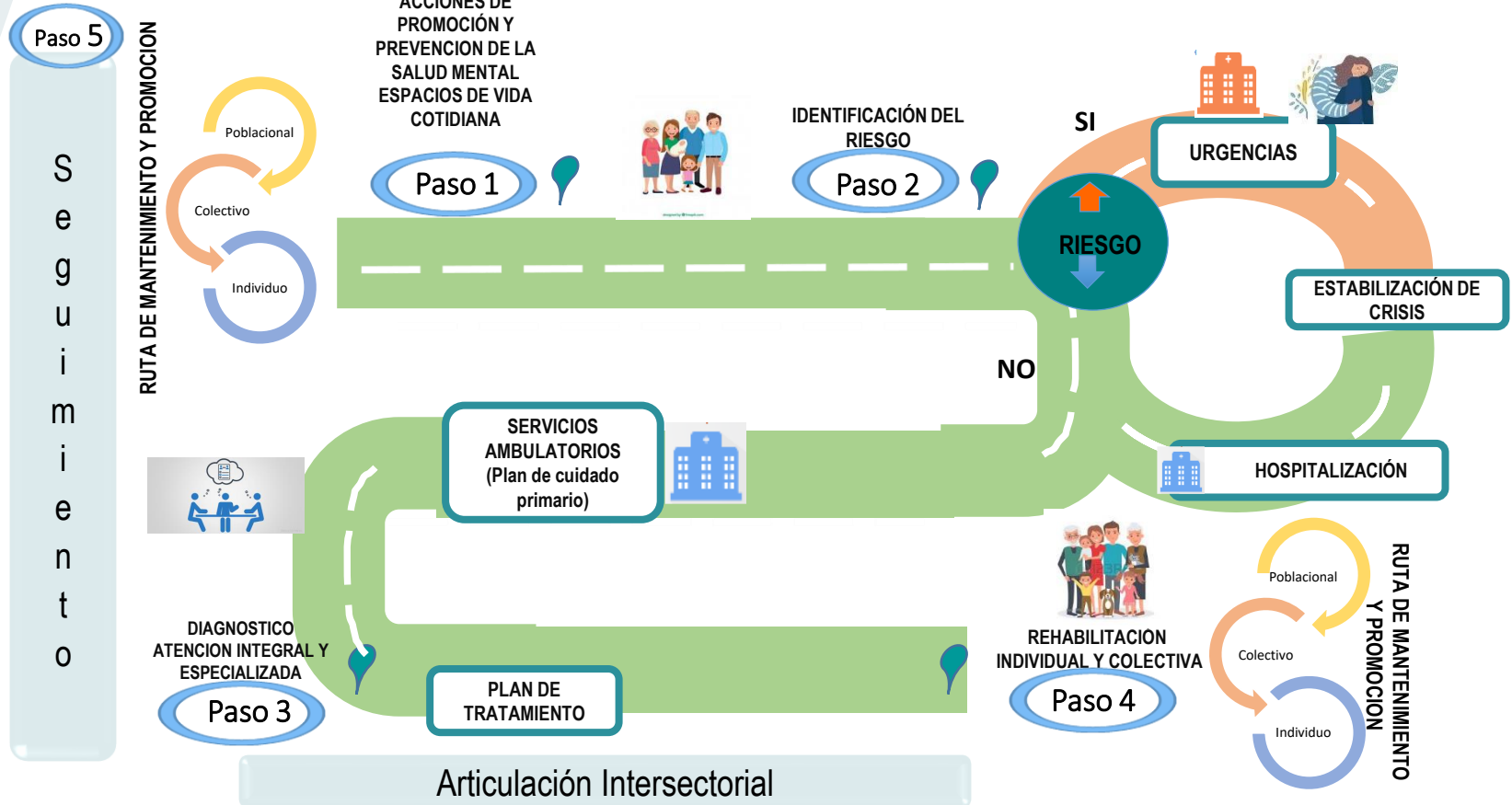
## **Tramo: Trastornos Mentales**

**Mejorar la  
calidad de vida,  
la adherencia al  
tratamiento y la  
funcionalidad de  
las personas  
con problemas y  
sus familias**

## **Tramo: Epilepsia**

**Garantizar el  
manejo  
oportuno,  
integral e  
integrado de  
trastornos y  
patologías  
mentales**

# Ruta de Atención en Salud Mental



# Gracias



SECRETARÍA DE  
SALUD

