

# **PSIQUIATRÍA**

## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES ADULTOS**

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES ADULTOS

## INTRODUCCIÓN

El proceso de atención a las urgencias psiquiátricas implica la provisión de mecanismos eficaces y ágiles de coordinación entre distintos ámbitos de los servicios, la disponibilidad de servicios específicos en algunos casos, el conocimiento de las pautas de actuación y la formación de los profesionales de los diferentes niveles del sistema.

La agitación psíquica corresponde básicamente a patologías como esquizofrenia, trastornos delirantes y psicóticos, la fase maníaca del trastorno bipolar y una serie de trastornos no psicóticos, como los provocados por ansiedad, estrés postraumático y trastornos de la personalidad, entre otros.

En las últimas décadas, el suicidio y las conductas asociadas a él se han convertido en una de las razones crecientes de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias. Es una de las tres causas más importantes de muerte entre los 15 y los 44 años, en uno y otro sexo.

Se tiende a estudiar la psiquiatría desde la enfermedad y no desde el síntoma principal, por lo tanto en este protocolo será planteado como orientación no la enfermedad, sino el síntoma principal que genera el motivo de la urgencia.

## **1. OBJETIVO**

Establecer líneas de actuación en la contención de pacientes psiquiátricos en situaciones de urgencia, garantizando su seguridad y la del personal que les asiste.

## **2. EVIDENCIAS**

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2011.

## **3. USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos y médicas generales, especialistas en Siquiatría y personal de Enfermería.

## **4. POBLACIÓN DIANA**

Pacientes adultos con perturbación del pensamiento, de los sentimientos y/o de las acciones, con un comportamiento profundamente desorganizado que requiera de atención inmediata.

## **5. DEFINICIÓN DE URGENCIA SIQUIÁTRICA**

Es la perturbación del pensamiento de los sentimientos y/o de las acciones, la cual resulta en síntomas psíquicos y signos conductuales que requieren de un adecuado tratamiento inmediato (Organización Mundial de la Salud).

## 6. CLASIFICACIÓN

- Paciente nervioso.
- Paciente triste.
- Paciente suicida.
- Paciente delirante.
- Paciente agitado.
- Paciente confuso.

## 7. DIAGNÓSTICO

Herramientas para el diagnóstico:

**Historia clínica completa que incluya la trayectoria psiquiátrica.**

- Entrevista a familiares y acompañantes.
- Examen físico y neurológico, si lo permite el estado del paciente.
- Descartar la organicidad y el consumo de sustancias psicoactivas.

**Pruebas complementarias e imágenes:**

- Tomografía axial computarizada de cráneo (TAC de cráneo).
- Electroencefalograma (EEG).
- Electrocardiograma de ser necesario, para la administración de psicofármacos o la realización de procedimientos como la terapia electroconvulsiva (TEC).

**Pruebas de laboratorio:**

- Anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Hepatitis A, B y C.

- Prueba serológica de la sífilis (VDRL).
- Hemograma.
- Glicemia.
- Orina.
- Urea.
- Creatinina.
- Pruebas tiroideas: T3 (triyodo tiroxina), T4 (tetrayodo tiroxina) y TSH (hormona estimulante del tiroides).

## 7.1 Paciente nervioso

Estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad (irritabilidad, poca atención, etc.) y orgánicos (intranquilidad motora, etc.).

### a. Diagnóstico del paciente nervioso.

- **Signos y síntomas.**

#### **Síntomas físicos:**

- **Vegetativos:** sudoración, sequedad de la boca, mareo, inestabilidad.
- **Neuromusculares:** temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- **Cardiovasculares:** palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- **Respiratorios:** disnea.
- **Digestivos:** náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- **Genitourinario:** micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

### **Síntomas psicológicos y conductuales:**

- Preocupación.
- Aprensión.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración.
- Quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad.
- Inquietud.
- Desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

### **b. Tratamiento del paciente nervioso:**

Tratar el episodio agudo mediante escucha activa y contención verbal (ver paciente agitado). Si el método resulta ineficaz, administrar benzodiacepinas de forma puntual.

#### **Vía oral:**

- Diazepam, 5-15 mg.
- Lorazepam, 1-3 mg.
- Alprazolam, 0.5-1.5 mg.
- Repetir estas dosis a los 30 minutos, si los síntomas no han cedido y el fármaco ha sido bien tolerado.

#### **Vía sublingual:**

- Clonazepam, 0.25-0.50 mg.

### **Vía parenteral:**

- Es utilizada en pacientes con la vía oral afectada, de escasa colaboración o comportamiento negativo.
- Diazepam, 10 mg por vía intramuscular.
- En crisis de pánico muy intensas que no ceden a los benzodiacepínicos, usar un neuroléptico en bajas dosis, como la olanzapina de 5 mg por vía oral.
- En caso de que hiperventile, se puede aplicar una mascarilla de oxígeno, a fin de reducir la hipocapnia y la alcalosis respiratoria secundaria a la hiperventilación.
- La terapia psicoeducativa es efectiva para ayudar al paciente a entender lo que le sucede.

## **7.2 Paciente triste**

Persona con un cuadro de decaimiento de la moral. Presenta, entre otros síntomas, expresión de dolor afectivo mediante el llanto y rostro abatido.

### **Evaluar:**

- Grado de afección de su cambio o comportamental.
- Actividad laboral.
- Relaciones sociales.
- Relaciones familiares y sus aficiones.

**Nota:** *si el estado de tristeza supera las dos semanas, se plantea una posible depresión.*

### **a. Diagnóstico del paciente triste:**

- **Signos y síntomas**
  - Llanto.
  - Abatimiento.

- Estado de ánimo deprimido.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- Aumento o pérdida importante de peso, sin hacer régimen.
- Insomnio o hipersomnias casi todo el día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todo el día.
- Fatiga o pérdida de energía casi todo el día.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte; o ideas suicidas recurrentes, sin o con un plan específico para suicidarse.

#### **b. Tratamiento del paciente triste**

##### **Paciente que acude por tristeza:**

- Evaluar la causa de la tristeza.
- Explicarle detalladamente la naturaleza y alcances de su condición.
- Si es un paciente depresivo, valore la ideación o conducta suicida (ver paciente suicida).
- Si presenta síntomas de ansiedad, administrar benzodicepínicos.

### **7.3 Paciente suicida**

**Acto suicida:** toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y que se conozca o no los verdaderos motivos.



**a. Diagnóstico del paciente suicida**

Existen diferentes tipos de pacientes suicidas que acuden a la emergencia:

- Los que han sobrevivido a un intento de suicidio.
- Los que acuden de manera urgente, manifestando ideación o impulsos suicidas.
- Los que acuden con otros síntomas y durante el transcurso de la visita reconocen tener una ideación suicida.
- Los que niegan la ideación suicida; pero dan muestras de un posible acto suicida futuro, con síntomas como los siguientes:
  - Tienen dificultad para concentrarse o pensar claramente.
  - Regalan las pertenencias.
  - Hablan acerca de marcharse o sobre la necesidad de dejar todos los asuntos en orden.
  - Cambian repentinamente de comportamiento: pueden mostrar calma después de un periodo de ansiedad.
  - Pierden el interés en actividades que solían disfrutar.
  - Exhiben comportamientos autodestructivos: tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo, entre otros.
  - Se alejan de los amigos o no quieren salir.
  - Se encuentran repentinamente en dificultades en el colegio o en el trabajo
  - Teorizan sobre la muerte o el suicidio e incluso expresan el deseo de hacerse daño.

- Hablan acerca de sentirse desesperanzados o culpables.
- Cambian los hábitos alimentarios o de sueño.
- Preparan la manera de quitarse la propia vida (mediante la compra de armas o veneno, por ejemplo).

**b. Tratamiento del paciente suicida:**

Evaluar y tratar cualquier trastorno mental que pudo ocasionar el intento suicida:

- Trastorno bipolar.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Dependencia de sustancias psicoactivas.
- Depresión mayor.
- Esquizofrenia.

Estos serán seguidos según los protocolos de actuación de cada enfermedad.

El tratamiento del paciente suicida está dirigido a los trastornos subyacentes específicos y a la condición en que se encuentre el paciente, según corresponda.

**Valorar la necesidad de:**

- Primeros auxilios.
- Reanimación cardiopulmonar o tratamientos más intensivos.
- Hospitalización:
  - Inicialmente, el manejo debe ser totalmente clínico.
  - Cuando el paciente sea estabilizado, debe ser tratada su condición de salud mental.

**La psicoterapia es una de las partes más importantes del tratamiento**

## 7.4 Paciente delirante

Presenta alteraciones graves del contenido y del curso del pensamiento, de la afectividad, de las percepciones y de la conducta. La persona evidencia una gran pérdida del contacto con la realidad.

### a. Diagnóstico del paciente delirante

- **La historia clínica debe registrar las alteraciones en el contenido del pensamiento.**
  - Entrevista a familiares y acompañantes.
  - Examen físico y neurológico, si lo permite el estado del usuario.
  - Descartar la organicidad y el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Síntomas de origen psiquiátrico por enfermedad mental:** psicosis, delirio de grandeza, ideas de daño, alucinaciones auditivas, suspicacia y hostilidad.
- **Síntomas de origen orgánico:** los elementos psicóticos presentan un curso fluctuante, una menor estructuración de la ideación delirante y las alteraciones de la sensoripercepción son más frecuentes visuales de predominio nocturno.
- **Realizar pruebas complementarias:**
  - Determinación de tóxicos en orina o de sangre.
  - Posible punción lumbar en caso de sospecha de enfermedad orgánica.

La psicosis aguda no es un diagnóstico que corresponda a una entidad nosológica independiente. Es un estadio de cualquier tipo de psicosis, una crisis, con una instalación rápida y dramática de los siguientes síntomas: agitación (delirios, alucinaciones, alteración del ciclo biológico (vigilia-sueño, apetito), desequilibrio afectivo; y comportamientos que no miden consecuencias, como esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos paranoides, psicosis reactiva breve y catatonia.

#### **b. Tratamiento del paciente delirante**

##### **Vía oral:**

Risperidona, 3-12 mg/día.

Olanzapina, 5-25 mg /día.

Haloperidol, 5-20 mg/día.

Valorar el uso de benzodiacepinas tipo clonazepam de 1 mg o 10 mg, según criterio médico.

En caso de que el paciente se encuentre agitado o se niegue a recibir tratamiento, ver la vía parenteral de agitados.

Determinado el caso, es preferible derivarlo a un psiquiatra o médico tratante para su manejo.

### **7.5 Paciente agitado**

Es un usuario agitado o violento que se presenta en forma amenazante o con antecedentes de actos violentos o agresivos. La agitación y la agresión son el resul-

tado de un trastorno médico, neurológico o mental. En todos los casos, debe descartarse la intoxicación o el retiro del alcohol u otras drogas.

Se trata de un paciente con aumento inadecuado y poco contenible de la actividad motora. Hay diferentes grados de intensidad, desde la inquietud psicomotriz hasta la agitación extrema.

**El paciente se muestra:**

- Inquieto.
- Gesticula exageradamente.
- Se mueve de manera constante, sin tener un objetivo claro.
- Muestra diferentes estados de ánimo:
  - Enfado.
  - Hostilidad.
  - Cólera.
  - Labilidad emocional.
- Puede presentar autoagresividad y/o heteroagresividad.
- Se considera un estado en el que puede existir un elevado riesgo; tanto para la persona, como para el entorno o el personal sanitario que le asiste.

**Agitación orgánica:** suele caracterizarse por una alteración de la conciencia o de la atención, desorientación temporoespacial, discurso escasamente coherente, sintomatología neurológica acompañante, como alteraciones de la marcha o hiperexcitabilidad

muscular o cualquier otro síntoma compatible con una afección médica concomitante; así como con alucinaciones visuales y sintomatología escasamente estructurada, fluctuación de los síntomas con empeoramiento nocturno, amnesia completa o parcial, inicio agudo o subagudo y escasos antecedentes psiquiátricos personales.

**Posibles diagnósticos orgánicos:** delirium, demencia o deterioro cognitivos, intoxicaciones o síndrome de abstinencia.

**Agitación psiquiátrica:** presenta una psicopatología propia de la enfermedad psiquiátrica que la produce. La conciencia y la atención no están afectadas, el componente alucinatorio más frecuente es el auditivo, hay ideación delirante estructurada y, en ocasiones se acompaña de alteración en el estado de ánimo, hostilidad, suspicacia o agresividad; pero no suele fluctuar ni presentar desorientación temporoespacial. Suelen existir antecedentes psiquiátricos personales, como esquizofrenia, manía, depresión psicótica y trastornos de la personalidad.

**Agitación mixta:** pacientes con enfermedad psiquiátrica que, de manera concomitante, tienen un componente orgánico, como una intoxicación aguda.

**a. Diagnóstico del paciente agitado**

En el paciente agitado, evalúe los siguientes aspectos:

- Causas orgánicas:
- Neurológicas.

- Médicas.
- Intoxicación por drogas o alcohol.
- Abstinencia del alcohol u otras drogas.
- Patología psiquiátrica aguda.
- Esquizofrenia.
- Manía.
- Trastornos de ansiedad.
- Reacciones de adaptación.
- Trastornos de personalidad.

**Pruebas de laboratorio:** determinación de tóxicos en orina y fármacos.

- b. Tratamiento del paciente agitado:** estará dirigido a la contención, que puede ser verbal, físico/mecánica o farmacológica.

**Contención verbal:**

- Diríjase al paciente de forma adecuada.
- Tono de voz baja, pero seguro y firme.
- Evite confrontaciones.
- Exhiba una actitud empática, mostrando interés por el problema, escuchando y ofreciendo ayuda.
- Ante un cuadro de agitación sicomotriz, la contención verbal suele ser insuficiente.

**Contención mecánica:**

- Restringir los movimientos del paciente físicamente, con el objetivo de reducir el riesgo de autoagresividad o heteroagresividad.
- Es una indicación médica y debe estar ratificada por

el médico responsable del caso.

- Se recomienda realizarla con todo el personal sanitario disponible, como mínimo de cinco personas; pero solo un individuo dirigiendo, lo más rápidamente posible, sin comentarios y de la manera más segura y respetuosa.
- Debe aislarse al usuario de los demás pacientes y de sus familiares.
- Se mantendrá en un área bajo estrecha vigilancia, control de signos vitales y correcta hidratación.
- En caso de prolongación de la contención, se recomienda actuar según el protocolo de profilaxis de trombosis venosa profunda.

### **Contención farmacológica:**

**Vía oral:** se recomienda siempre que el paciente acepte el tratamiento o en casos de agitación, de leve a moderada.

Diazepam, 10-20 mg.

Clonazepam, 0.50-6 mg, por vía oral o sublingual.

Alprazolam, 0.50-6 mg.

Lorazepam, 1- 6 mg.

Haloperidol, 5-20 mg en tabletas o gotas.

Risperidona, 1-6 mg en tabletas o gotas.

Olanzapina, 5-20 mg.

### **Vía Parenteral:**

**Haloperidol:** una ampolla de cinco miligramos, por vía endovenosa o intramuscular.



**Clorpromazina:** una ampolla de 50 miligramos por vía intramuscular. Tomar los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) previos a la administración de este fármaco, por su efecto hipotensor.

**Olanzapina:** una ampolla de 10 miligramos por vía intramuscular. Tomar los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) y realizar un electrocardiograma previo al suministro de este medicamento, por sus efectos cardiotóxicos.

**Ziprasidone:** una ampolla de 20 miligramos por vía intramuscular. Tomar los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) y realizar un electrocardiograma previo a su administración, por los efectos cardiotóxicos.

**Difenhidramida:** 10 miligramos (dosis máxima de 400 miligramos por día) para evitar o contrarrestar el efecto extrapiramidal.

**Benzodiacepinas:** tipo diazepam, una ampolla de 10 miligramos por vía endovenosa o intramuscular.

## 7.6 Paciente confuso

Presenta una alteración del estado de conciencia que suele estar acompañada de cambios en las funciones cognitivas y que no se explica totalmente por un deterioro cognitivo preexistente. Está presente en todos los ámbitos del sistema de salud y, en la mayor parte de los casos, pasa inadvertido o es pobremente cuantificado.

**Alteración en la sensopercepción:** alucinaciones visuales.

**Alteración del contenido del pensamiento:** ideación delirante de diferente temática, generalmente poco estructurada.

**Alteración de la memoria:** inmediata o reciente.

**Alteración de la actividad psicomotriz:** tanto agitación como inhibición psicomotriz, inquietud o hipoactividad.

**Alteraciones afectivas:** sintomatología depresiva, labilidad emocional, irritabilidad, agresividad verbal.

**Alteración del sueño:** sueño fraccionado, dificultad para conciliar el sueño e inversión del ciclo del sueño.

**a. Diagnóstico del paciente confuso**

Establecer estado basal del paciente:

- Cambios ocurridos recientemente y sus características.
- Exhaustiva historia farmacológica, recogiendo posibles cambios, introducción, retirada o modificación de dosis y características de medicamentos que podrían actuar como precipitantes.
- Enfermedades asociadas la demencia, delirio, psicosis.

Pruebas complementarias e imágenes: tomografía axial computarizada de cráneo (TAC de cráneo), electroencefalograma (EEG) y electrocardiograma (necesario para administrar algunos psicofármacos o antes

de aplicar la TEC).

**Pruebas de laboratorio:** VIH, hepatitis A, B y C; VDRL, hemograma, glicemia, orina, urea, creatinina y pruebas tiroideas: T3, T4 y TSH.

**Tratamiento del paciente confuso:**

- Depende de la característica individual de cada paciente.
- No usar benzodiacepinas en pacientes con delirio, excepto si tienen una historia psiquiátrica previa o la causa es la abstinencia alcohólica.

**Vía oral:**

**Delirio de leve a moderado:** risperidona, 0.25-0.50 mg; o quetiapina, 25-50 mg.

**Vía parenteral:**

**Delirio de leve a moderado:** haloperidol, de 1.25 a 2.5 mg intramuscular o endovenoso; u olanzapina, 2.5 mg por vía intramuscular; o midazolam, 1-2 mg mediante administración endovenosa (repetir en una hora, si precisa).

**Delirio grave:** haloperidol, 2.5 a 5 mg por vía intramuscular o endovenosa. Evaluar a los 30 minutos y, si persiste la agitación en el paciente y el medicamento no presenta efectos adversos, repetir la dosis.

**8. MANEJO DE SITUACIONES CLÍNICAS COMPLEJAS**

- **Embarazo:** un antipsicótico de alta potencia como el haloperidol puede ser el medicamento más seguro en bajas dosis. Debe ser interrumpido en un período de cinco a 10 días antes del parto. La terapia electroconvulsiva es una alternativa segura y eficaz.

- Los pacientes identificados con una enfermedad mental serán manejados de acuerdo al Protocolo de Actuación de Trastornos Mentales.

## **9. ACCIONES Y/O MANEJO EN EMERGENCIA**

- Buscar el récord anterior, si el usuario está registrado en el centro de salud.
- Anamnesis, examen mental y físico.
- En caso necesario, canalizar para el suministro de medicamentos.
- Administrar las soluciones de acuerdo a las características clínicas del paciente.
- Tomar los signos vitales y la temperatura.
- Realizar las pruebas y los estudios necesarios.

## **10. CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN**

- Compromiso de la vida del paciente o de las personas a su alrededor (ideas o intento suicida, ideas o intento homicida).
- Usuarios con pérdida importante de peso, fatiga o reducción de los niveles de energía, irritabilidad, incapacitación laboral y social notables o síntomas psicóticos graves.

## **11. DONDE REGISTRAR Y NOTIFICAR LA PATOLOGÍA (si es de notificación obligatoria).**

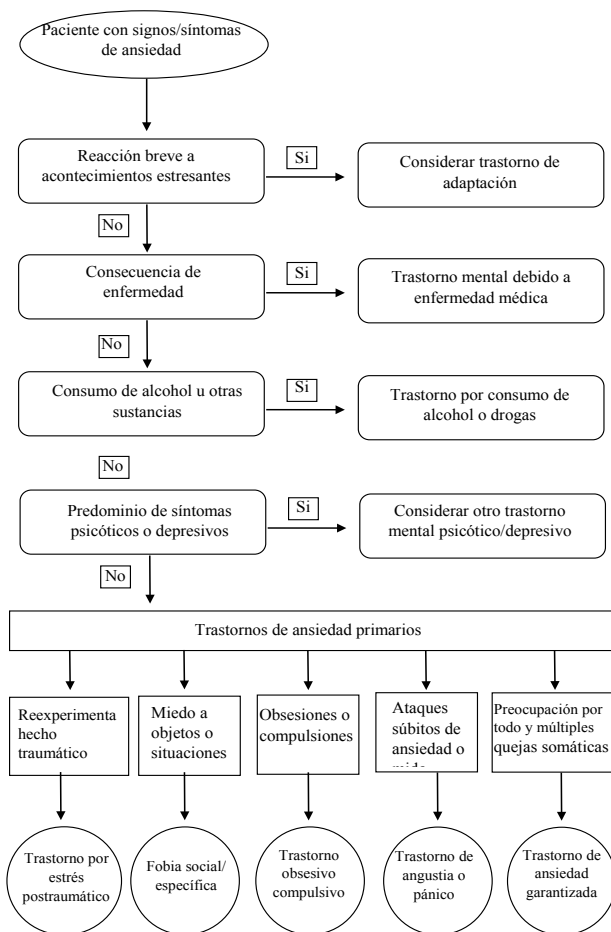
- Registro del paciente.
- Libro de ingresos y egresos.
- Epicrisis (historia clínica electrónica).

## **12. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES**

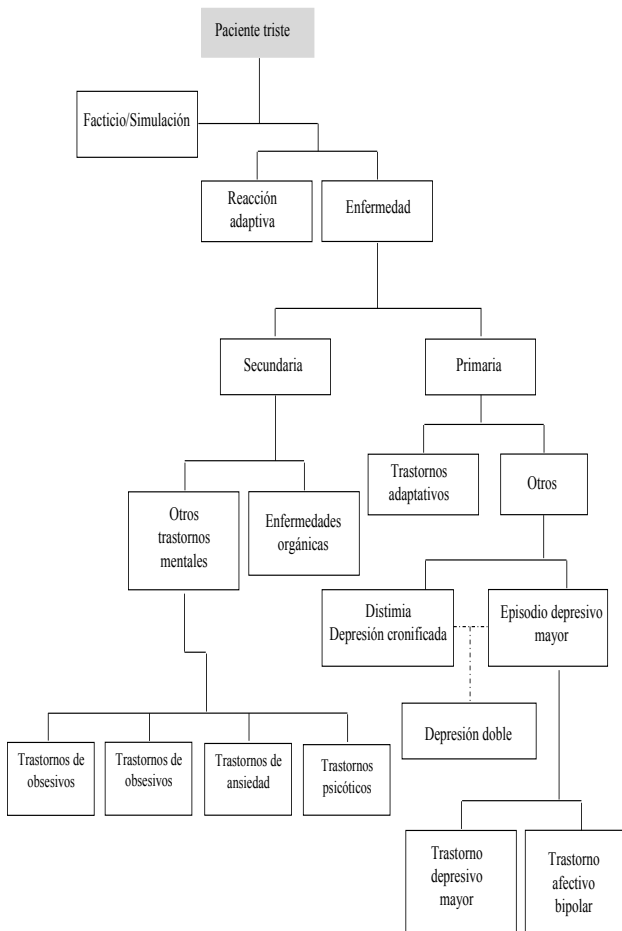
- Nombre de la patología.
- Causas desencadenantes y estrategias de control.
- Manejo médico realizado y detalles para el seguimiento.
- Medidas preventivas.
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos subsiguientes.

## 13. ALGORITMOS

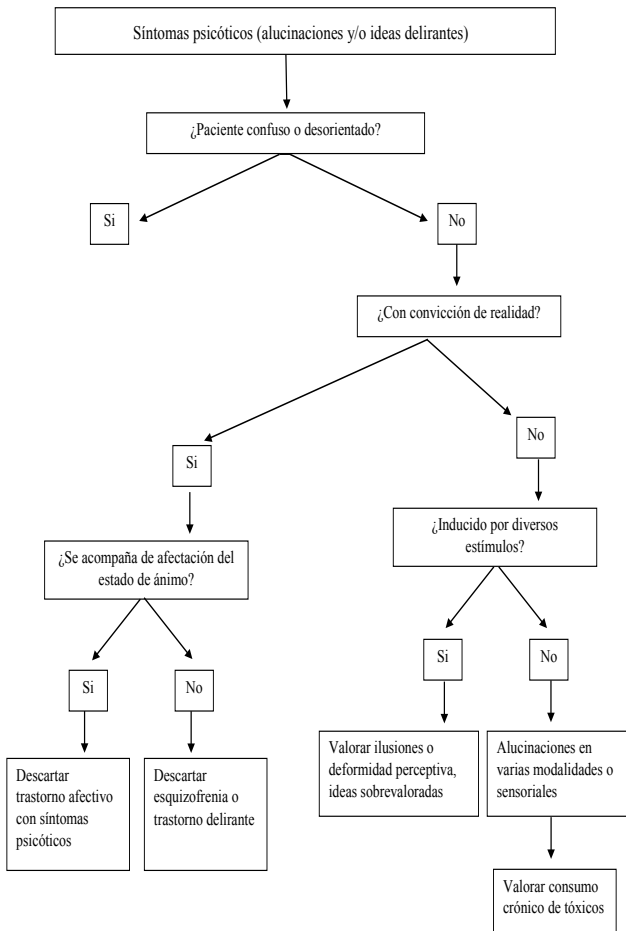
### ALGORITMO DE ANSIEDAD



## ALGORITMO DE UN PACIENTE TRISTE



## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS





## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
2. Ahrens B, Linden M, Zäske H. suicidal behavior-symptom or disorder? Compr psychiatry. 2000; 41(2 Suppl 1):116-21.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th ed. Arlington, va: American Psychiatric Publishing. 2013
4. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. Drugs 2005;65:1207-22
5. Bruno, F.J. Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales Barcelona. Paidós Studio. (1997)
6. Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and Management of Delirium near the end of life. Ann Intern Med. 2001; 135-32-40.

7. Chang B, Gitlin D. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based Management and treatment strategies. *Emerg. Med. Pract.* 2011;13-1-23
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: editorial Waverly Hispánica, 2004.