

## BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

### URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Las Urgencias Psiquiátricas más frecuentes corresponden a las crisis de ansiedad, la agitación, los intentos de suicidio y el parasuicidio.

La gran importancia de las situaciones agresivas viene dada por la alta posibilidad de conductas hostiles hacia profesionales sanitarios, silenciadas hasta hace unos años, pero afortunadamente tenidas en cuenta en la actualidad por autoridades sanitarias, fuerzas de seguridad y judicatura.

Los médicos debemos conocer el enfoque de estos cuadros clínicos para tratar adecuadamente a nuestros pacientes, conocer el protocolo de actuación de nuestro centro y saber en qué casos la ley nos autoriza a obrar sin consentimiento del paciente.

El manejo adecuado proporcionará mejoría en la salud de nuestros enfermos a la vez que evitará consecuencias tanto físicas como psicológicas en los profesionales sanitarios.

#### CRISIS DE ANSIEDAD.

La crisis de ansiedad o ataque de pánico constituye la principal urgencia psiquiátrica. Está presente de un modo u otro en los demás trastornos psiquiátricos.

Tiene un inicio súbito, apareciendo típicamente mientras que el paciente se encuentra en una situación tranquila o despertándolo por la noche, con una duración variable pero generalmente menor a una hora, en la que se presentan una serie de síntomas psicológicos (sensación de muerte inminente, de pérdida de control, de despersonalización y desrealización, además de un intenso temor a volverse loco o perder el control junto a otros de características vegetativas (disnea con hiperventilación, palpitations, sudoración, escalofríos, temblores, mareos, molestias precordiales o abdominales, irritabilidad, nerviosismo, parestesias, náuseas...).

La principal complicación de esta situación estriba en que el sujeto desarrolle una agorafobia (miedo a estar en lugares donde no puede recibir ayuda – “Es miedo al miedo”).

#### *Actitud*

La etiología de este cuadro es variada:

1. Lo más frecuente es que forme parte del trastorno por angustia.
2. Reacción vital ante una situación estresante.
3. Procesos psiquiátricos como las depresiones o los trastornos fóbicos.
4. Procesos orgánicos como patologías tiroideas, cardiopatía isquémica, feocromocitoma, taquicardia, tromboembolismo pulmonar.
5. Ingesta de sustancias tóxicas estimulantes o bien abstinencia de depresores del SNC.

El diagnóstico se basa en la historia clínica debiendo descartar una alcalosis respiratoria mediante una gasometría si la hiperventilación ha sido de gran intensidad y siempre que el origen de la crisis cree dudas.

Habrà que realizar una exploración física, una analítica general, un ECG y una placa simple de tórax para orientar si fuera el caso a la consulta del especialista oportuno o a atención primaria.

#### *Tratamiento*

##### *- Abortivo de la crisis*

- a. Lo más importante, y a veces lo único necesario si el facultativo está entrenado, es tranquilizar al paciente, escuchándolo atentamente, no dejando que espere excesivamente hasta ser atendido.
- b. Debemos evitar la hiperventilación indicándole para ello que respire profunda y lentamente; si no lo conseguimos de este modo, el siguiente paso sería proporcionar al paciente una bolsa o una mascarilla sin orificios para que ventile con ella un máximo de diez minutos.
- c. En último lugar se puede recurrir a las benzodiazepinas. Cualquier fármaco de este grupo serviría pero son de mayor interés las de vida media corta y alta potencia de acción como el lorazepam o alprazolam a dosis de 0.5-1 mg o el diazepam de 5 mg, vía sublingual, pudiendo repetir la dosis a los 15-20 minutos en caso de que sea preciso. Si aun así no se consigue controlar los síntomas, se puede indicar la administración in

tramuscular de 10 mg de diacepam hasta un máximo de 60 mg/día.

*- Preventivo de la crisis*

- a. El uso de fármacos junto a psicoterapia se considera como el tratamiento más eficaz. El pilar del tratamiento son los antidepresivos, siendo de elección siempre que se pueda los ISRS, sobre todo paroxetina y fluoxetina.
- b. Se suman las benzodiacepinas al tratamiento durante las primeras semanas hasta que los antidepresivos hagan su efecto, recomendando al paciente que utilice aquella que resolvió la crisis justo en el momento en el que sienta que se podría repetir el cuadro. Si esto no es factible, se prescribirá loracepam o alprazolam 1mg/8 horas.

En el caso de que quede alguna duda del origen orgánico o no de la crisis, o bien que el paciente refiera que la frecuencia o intensidad de las crisis interfieren en su vida cotidiana, habrá que derivarlo al psiquiatra.

### **PACIENTE AGITADO.**

La agitación es un estado de ansiedad intensa asociado a inquietud psicomotriz. Cuando esta hiperactividad tiene un objetivo concreto se habla de violencia o agresividad. Constituye una auténtica emergencia médica para la cual todo el personal sanitario debería estar formado.

#### **Actitud**

Debe plantearse un diagnóstico diferencial básico ante estos pacientes:

#### Causas psiquiátricas

- a. *Psicóticas* (esquizofrenia, bipolar, depresiones agitadas...). La presencia de ideas delirantes y/o alucinaciones nos orientan hacia un cuadro psicótico.
- b. *No psicóticas* (demencias, ansiedad, trastornos de la personalidad, conversiones...).

Durante la entrevista salen a relucir los síntomas psicopatológicos que nos orientan hacia este origen. Además los pacientes agitados suelen acudir a urgencias acompañados de familiares que confirman los antecedentes del sujeto.

#### Causas orgánicas

- a. Tóxicas: Generalmente se debe a una intoxicación de sustancias psicoactivas (alucinógenos, anfetaminas, cocaína) y con menor frecuencia a su deprivación (barbitúricos, benzodiacepinas). En el caso concreto del alcohol se puede producir un cuadro de agitación tanto por su intoxicación como por su abstinencia.

- b. Metabólicas (alteraciones iónicas, endocrinológicas, oncológicas, autoinmunes, acidosis, hipoglicemia, uremia, hipoxia).
- c. Neurológicas (infecciones, ACV, tumores cerebrales, delirium).

Debe procederse a una evaluación médica mediante una exploración física y neurológica, solicitando una analítica de orina y sangre con bioquímica y hemograma completos, junto a una gasometría, ECG, radiografía de tórax, TAC de cráneo y punción lumbar según la sospecha diagnóstica, en todo paciente no psiquiátrico conocido que presente de forma aguda un cuadro de agitación.

Valoración del riesgo: Un paciente agitado puede desarrollar una conducta violenta hacia el personal sanitario que lo asiste o hacia él mismo, lo que supone una situación de riesgo, por lo que debemos estar en alerta ante signos que así nos lo indiquen (antecedentes previos de agresividad, alucinaciones, abuso de tóxicos, gritos, amenazas verbales, cambios de conducta).

Por otro lado existe la posibilidad de un deterioro físico en el caso de que la etiología sea secundaria a procesos orgánicos, debiéndonos causar alarma una disminución del nivel de conciencia y/o un deterioro de las constantes.

#### **Tratamiento**

##### *- Medidas no farmacológicas*

En cuanto al manejo de estos pacientes, existen unas directrices que debemos seguir ante la posibilidad de que la agitación pase a agresividad:

- a. Situar al paciente en un entorno tranquilo, sin estímulos ni objetos que pueda utilizar con fines agresivos. El acompañante podrá quedarse durante la entrevista si al paciente le transmite tranquilidad.
- b. Avisar al personal de seguridad, técnicos o celadores, para que permanezcan próximos.
- c. Si el riesgo de violencia es elevado, permaneceremos en la consulta con la puerta abierta y con otras personas cerca de la puerta, o incluso dentro de la habitación.
- d. Nos presentaremos como médicos, dirigiéndonos al paciente por su nombre, utilizando para ello un tono pausado, neutral, con frases sencillas, sin emitir juicios y cuidando mucho el lenguaje no verbal.
- e. Se evitará mirar fijamente al paciente.
- f. Estableceremos límites ante comportamientos inadecuados pero sin amenazar. Si llega el momento en el que el paciente utilice un arma para amenazarnos o cualquier objeto con este fin, se

terminará la entrevista y avisaremos a las autoridades pertinentes.

- g. Si fracasamos con la contención verbal o ésta no puede llevarse a cabo por el estado de agresividad del paciente y existe un riesgo evidente de auto o heteroagresividad, se utilizará la contención mecánica según el protocolo de cada centro o UME. Es un método temporal, hasta que se controle la conducta del paciente o haga efecto la sedación.

#### - Medidas farmacológicas

Siempre que sea posible los fármacos se administrarán vía oral. La vía intramuscular se usa en caso de que el enfermo no colabore pero es menos rápida y fiable que la oral o intravenosa.

- a. *Agitación de causa orgánica.* De elección son los antipsicóticos de alta potencia como el haloperidol 5-10 mg im o iv repetible cada 30-60 minutos con una dosis máxima al día de 100 mg. Presenta escasos efectos cardiovasculares, anticolinérgicos o respiratorios; sin embargo, sí es elevado el riesgo de efectos extrapiramidales para los que está indicado el uso de biperideno (Akineton® 5 mg im o iv).

Una alternativa es la olanzapina (Ziprexa®) 10 mg intramuscular u oral, que puede repetirse a las 2 y 4 horas con dosis máxima al día de 30 mg. Neurolépticos de baja potencia y benzodiazepinas pueden agravar la confusión.

- b. *Agitación de causa psiquiátrica.* En los trastornos psicóticos es de elección el haloperidol. Como alternativa, la olanzapina, 10 mg administrados en una sola inyección im; es posible una segunda administración de 5-10 mg, dos horas después de la primera, siendo la dosis máxima diaria de olanzapina de 20 mg.

En caso de no tener acceso a los neurolépticos o estar contraindicados, se usarán benzodiazepinas: diazepam 10-20 mg/8 horas vía oral o 10 mg/30-60 minutos im o iv; o bien cloracepato dipotásico (Tranxilium®) 20-50 mg/8 horas iv o im. En caso de efectos adversos se usará como antídoto el flumazenilo (antagonista) a dosis 0,3 mg iv pudiendo repetirse la inyección al cabo de 60 segundos, hasta una dosis total de 2 mg.

Si con un fármaco no es posible el control del paciente, podemos asociar al neuroléptico una benzodiazepina, p.ej, haloperidol a la dosis referidas más diazepam 5-10 mg. Vo, iv o im. En caso de crisis de ansiedad, usar benzodiazepinas.

- c. *Agitación de causa tóxica.* Las benzodiazepinas como el diazepam (10 mg parenteral) o cloracepato dipotásico (50 mg parenteral) están indicadas en caso de intoxicación por sustancias estimulantes. Si la intoxicación se debe a sustancias

depresoras están contraindicados los neurolépticos de baja potencia y las benzodiazepinas por el alto riesgo de sedación al sumarse los efectos; es de elección el tiapride im a dosis de 100-200 mg/4-6 horas. Si la agitación se debe a la abstinencia a alcohol o a depresores no podemos administrar neurolépticos puesto que estos disminuyen el umbral convulsivo, estando indicadas las benzodiazepinas, diazepam o cloracepato dipotásico.

- d. *En ancianos.* En general, se debe reducir la dosis a la mitad. Usar haloperidol en los cuadros con agresividad o agitación severa.

#### SUICIDIO. PARASUICIDIO.

Constituye la principal causa de mortalidad en la población psiquiátrica siendo el intento de suicidio un 30% más frecuente según algunas series que el suicidio consumado. Aunque el diagnóstico previo de estos pacientes suele ser un síndrome depresivo, prácticamente todos los enfermos psiquiátricos tienen mayor riesgo de suicidio que el resto de la población, al igual que los pacientes que padecen dolor crónico o una enfermedad terminal.

#### Valoración del riesgo suicida

Existen una serie de indicadores que nos dan cuenta sobre la mayor o menor probabilidad que presenta un sujeto de riesgo de suicidio y que nos obligan a tenerlos siempre presentes; destacan como indicadores de alto riesgo el ser varón de raza blanca, de 20-40 o >70 años, viudo o divorciado con intentos anteriores y antecedentes familiares de ello; que presenta patología psiquiátrica previa o de enfermedades orgánicas, sobre todo crónicas, toxicómano y con nula o escasa cobertura social.

De otro lado están los pacientes parasuicidas que constituyen un grupo de grave riesgo puesto que, aunque sus intentos no tienen como finalidad la muerte sino más bien una llamada de atención o manipulación, corren el peligro de errar en alguna ocasión o cambiar de pensamiento y finalmente morir. En algunas series estos pacientes tienen mayores tasas de mortalidad. Suelen ser mujeres jóvenes que utilizan métodos de baja letalidad como la ingestión de fármacos en una dosis inferior a la mortal o la laceración de las muñecas, que realizan en un lugar donde saben que pueden ser descubiertas y recibir ayuda y que generalmente son diagnosticadas de trastorno adaptativo o de la personalidad.

#### Tratamiento

- a. A un paciente que ha realizado un intento de suicidio o que tiene alto riesgo para ello nunca se le debe dejar solo ni cerca de instrumentos que pueda usar con fines autolíticos.
- b. Siempre que sea posible, se debe aprovechar el primer momento tras el intento para realizar la

entrevista, puesto que el médico en esta circunstancia, puede suponer para el paciente su único nexo con la vida y le resulte más fácil exponer su ideación; si el paciente no habla sobre ello, se le deberá preguntar directamente puesto que esto no constituye un hecho que le incite a cometer el suicidio.

- c. Es necesaria la evaluación por el psiquiatra de guardia tanto de un paciente con ideación suicida como de aquel que acaba de cometer el intento y será quien decida el ingreso hospitalario del paciente o bien su seguimiento ambulatorio.

## LEGISLACIÓN.

### **Ley de autonomía del paciente**

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación..../...

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones

sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

Quando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Quando el paciente esté incapacitado legalmente.../...

## BIBLIOGRAFÍA:

- Urgencias Psiquiátricas, Fernández Terrón, MJ. En Urgencias Médicas. Cabrera Franquelo F, Domínguez Picón F, Editorial Marbán 2012. 2ª Edición, ISBN 978-84-7101-842-7.
- Manual de Medicina de Urgencias y Emergencias. Jiménez Murillo, L; Montero Pérez, J. 4ª Edición ISBN 978-84-8086-469-5.
- Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. Julián Jiménez, A. 2010 3ª Edición. ISBN 978-84-87450-50-1.
- Manejo del paciente agitado, *González Muriana*, A. En Manual de Emergencias 061 de Ceuta. Ministerio de Sanidad y Consumo. NIPO 356-08-009-8.
- Urgencias en Psiquiatría, Pena Andreu, JM y cols. En Manual de Urgencias y Emergencias. Vergara Olivares, JM; Buforn Galiana, A; Morell Ocaña, ISBN 84-699-8399-7. Dep. legal MA-348-2002.
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/psiquia.htm>

Direcciones internet:

<http://www.msd.es>

<http://www.cirugest.com>

<http://www.uninet.edu>

<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

## AUTOR:

Dr. D. José Manuel Vergara Olivares

## COLABORADORES:

Dª Julia Bendayan Montecatini

## COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

## Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.  
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.  
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-12-006-3