Profesora: Odalys Betancourt Álvarez.

Urgencias y Crisis.

INTRODUCCIÓN

La calidad de los cuidados es el objetivo fundamental de todos los profesionales sanitarios, y con el fin de conseguir este objetivo al tratar con pacientes psiquiátricos en situación de urgencia, nos marcamos las líneas de actuación que nos sirvan de guía en momentos tan categóricos como es la decisión de proceder a la contención (fijación) de estos pacientes, garantizándoles su seguridad y la del personal que les rodea.

El tratar con pacientes Psiquiátricos en situaciones de Urgencias conlleva un riesgo añadido, por una parte tratar la patología de base que ha provocado la Emergencia y por otra estabilizar el brote que presenta en ese momento.

Las patologías mentales aún a fecha de hoy son un campo bastante desconocido y de difícil tratamiento.

Existe alta incidencia de pacientes que debutan con un cuadro psicótico y alta agresividad que necesitan nuestra inmediata actuación para evitar daños mayores.

Se plasman, en este artículo, las diferentes medidas tomadas y llevadas a cabo para estabilizar a pacientes psíquicos en las situaciones anteriormente descritas.

EPIDEMIOLOGIA

Estudios más recientes demuestran y perfilan todo lo dicho en esta obra y además nos muestran diversas estadísticas nada desdeñables, el 1 % de la población sufre trastorno Bipolar o enfermedades maniaco-depresivas2.

El 1 % de la población es Esquizofrénica, pero solo recibe tratamiento el 5%, de aquí el 25% intenta suicidarse en el curso de su enfermedad.

Tampoco debemos olvidar que las estadísticas indican que un 25% de la población (l de cada 4 personas) en algún momento de su vida, estará afectada por un trastorno mental.

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

La necesidad de contención de un paciente, deriva del estado de agitación que ponga en peligro su integridad física y la de aquellos que le rodean.

*Urgencia psiquiátrica:* todo cuadro clínico que presente manifestaciones psiquiátricas que determinen la necesidad de atención inmediata por un equipo de salud, por implicar un riesgo notable para la integridad física del paciente o de otras personas, así como comportamiento sociales reprochables, con sufrimiento notable para el paciente y su familia, con serias complicaciones si se pospone su asistencia.

Urgencias psiquiátricas más frecuentes.

1. Excitación Psicomotriz.
* Con toma de conciencia

-Orgánica y sintomáticas

-Epiléptica

* Agitación psicogena

-Psicosis reactivas

-Histérica

-Reacción a estrés grave

* Sin toma de conciencia
* Maníaca.
* Catatónica
1. Situaciones derivadas del consumo de alcohol y otras drogas
2. Delirium
3. Trastorno mental secundario a un trastorno orgánico sistémico.
4. Conducta suicida
5. Crisis de angustia
6. Trastornos conversivos/disociativos.
7. Discinesias por fármacos.
8. Atención al adulto mayor con trastornos psiquiátricos asociados.
9. Excitación Psicomotriz.
* Conocer antecedentes del paciente (personales y familiares) datos estos que se recogen pro entrevista al paciente y/o acompañante, personalidad premorbida valorar, presencia de alguna situación medioambiental estresante, así como examen físico para determinar la presencia o no de signos de focalización de algún trastorno orgánico asociado.
* Realizar microhistoria para sala de observaciones. Pedir consentimiento informado al familiar para la restricción mecánica
* Establecer medidas de seguridad básicas para el paciente y el equipo de salud, (hablar en tono suave y calmado, brindar confianza y seguridad, no mostrar miedo).
* Evaluar la conveniencia de aislar al paciente de los familiares.

Lo fundamental es contener la conducta destructiva que estas pueden implicar tanto para el paciente como para quienes lo rodean, pues se puede desestabilizar el  funcionamiento de toda una familia o comunidad ante esta situación. Hay que detectar inmediatamente si este porta cualquier arma u objeto con el que pueda agredirse o agredir y mostrar en todo momento seguridad en el control esta seguridad es vital para desestructurar la conducta agresiva, pues rompe sus expectativas este esta vulnerable y necesitado de ayuda a pesar de su comportamiento.

Tratamiento psicofarmacológico.

1. Excitación psicomotriz en una esquizofrenia.
* Haloperidol (5mg) 1 amp IM dosis máxima 30mg diario
* Clorpromazina (25-50mg) 1 amp. IM dosis máxima 300mg
* Combinación de ambos
* Añadir Benadrilina (20mg) 1 amp IMdosis máxima 400mg
* Fijación al lecho si es imprescindible previo consentimiento informado bajo indicación médica.
* Si no cede en 45 minutos, repetir la dosis. Continuar terapéutica evaluando evolución del paciente
1. Excitación histérica.
* Clorpromacina (25-50 mg) 1 amp. IM dosis máxima 300mg.
* Puede combinarse con Benadrilina (20mg) 1 amp. IM dosis máxima 400mg
* Fijación al lecho si es imprescindible previo consentimiento informado bajo indicación médica.
* Si no cede en 45 minutos, repetir la dosis. Continuar terapéutica evaluando evolución del paciente
1. Epiléptica
* Diazepán (10mg) 1 amp IM dosis máxima 30 mg diario
* Fenobarbital (100mg) 1 amp. IM 300mg
* Haloperidol (5mg) IM hasta 30 mg
* Puede combinarse con Benadrilina (20mg) 1 amp. Dosis máxima 300mg
* No usar nunca Clorpromacina.
* Fijación al lecho si es imprescindible previo consentimiento informado bajo indicación médica
* Si no cede la crisis repetir dosificación cada 45 minutos hasta tres dosis.
1. Maníaca.
* Haloperidol (5mg) 1 o 2 amp. IM dosis máxima 30 mg previa toma de tensión arterial
* Clorpromacina (25-50mg) IM dosis máxima 300mg.
* La combinación de ambas y/o asociadas a Benadrilina (20mg) 1 amp
* Si no cede la crisis repetir dosificación en 45 minutos hasta tres dosis continuar cada 6 ó 8 horas ver dosis máxima.
* Fijación al lecho si es imprescindible previo consentimiento informado bajo indicación médica

2. Situaciones derivadas del consumo de alcohol y otras drogas.

Intoxicación alcohólica

Pautas para el diagnóstico

* La intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia
* La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta.
* La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio
* La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia
* Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia

Existe una serie de medidas básicas dirigidas a llevar al paciente hacia la estabilización por lo que se hace necesario que el paciente permanezca en hospital clínico por 24 – 48 horas hasta que desaparezcan las posibles complicaciones de la intoxicación aguda. Para lo que se debe realizar un interrogatorio a familiares y si es posible a paciente, examen físico y confección de hoja de referencia a sala de observaciones de Hospital Clínico.

1. Mantenimiento de la vía aérea.

2. Hidratación acorde a su balance hidroelectrolítico.

3. Control de líquidos administrados y eliminados.

4. Vigilar la posibilidad de regurgitación por el riesgo de bronco aspiración.

5. Inmovilización para protección del paciente, si las circunstancias lo requieren.

A todo paciente que haya presentado una intoxicación alcohólica se le deberá aplicar pruebas de laboratorio para detección de sustancias (Kit Multidrug).

 Síndrome de abstinencia alcohólica

* En primer lugar deben establecerse las mismas medidas que en el caso de la intoxicación alcohólica.
* Administración de Tiamina 100-200 mg
* Administrar Diazepán 10-20 mg vía oral o intramuscular para suspender síntomas de retiramiento.
* Repetir la dosis cada 6 ó 8, hasta que el paciente esté calmado. Previa toma de tensión arterial
* Si se presenta una convulsión, deberá impregnarse con difenilhidantohina 15 mg/Kg. de peso, diluidos en 100 c.c. de solución salina y administrada en una hora en infusión i.v.

Intoxicación por anfetaminas y cocaína

El tratamiento de la intoxicación está dirigido a una vigilancia cardiorrespiratoria. Se remite a hospital provincial para tratar síntomas de intoxicación aguda.

Intoxicación por marihuana

El tratamiento de la intoxicación está dirigido a una vigilancia cardiorrespiratoria. Se remite a hospital provincial para tratar síntomas de intoxicación.

1. Hidratación apropiada

2. Control de líquidos administrados y eliminados

3. Sedación.

3. Delirium

Existen dos grupos de pacientes para el abordaje terapéutico: aquellos en los cuales la causa del delirium se conoce, y en los que ésta se ignora En el primero, el tratamiento debe dirigirse a la causa que origina el delirium; entre los tratamientos específicos son de importancia la administración de glucosa, de tiamina, de electrolitos, etc.

En cuadros tóxicos se debe recurrir a las medidas generales y al uso de antídotos específicos (Ej.: la naloxona, para los opiáceos).

En el caso de ignorarse la etiología, se deben tomar medidas generales:

* Se recomienda hospitalizar al paciente para una observación continua por parte de personal capacitado y el monitoreo de signos vitales.
* Se debe mantener un ambiente ventilado, con buen manejo de luz y sonidos, con pocos estímulos externos, y donde el paciente pueda orientarse en el tiempo.
* Se le debe tranquilizar, al igual que a la familia, e involucrar a ésta en el apoyo psicosocial al enfermo.
* Una vez evaluado en su estado mental, no debe insistirse en los déficits del paciente, al dialogar con él, para evitar ansiedad y agitación.

La medicación recomendada incluye:

• Haloperidol (neuroléptico de elección), si el compromiso es leve se puede usar la vía oral: 1,5 a 3 mg cada 8 horas, de acuerdo a la necesidad.

Si hay agitación o dificultad con la vía oral, se recomienda la misma medicación por vía intramuscular, en la forma que se describe en el capítulo de agitación.

• Para pacientes que haya necesidad de sedar, se recomienda el uso de benzodiacepinas, en la forma que se describe en el capítulo de agitación.

4. Trastorno mental secundario a un trastorno orgánico sistémico

* Tratamiento específico del trastorno orgánico sistémico.
* Se puede utilizar: Diazepán (10mg) 1 amp MI o Haloperidol (5mg) 1 amp MI asociado a Benadrilina (20 mg) 1 amp MI.

Trastorno orgánico cerebral no epiléptico (incluye retardo mental, demencia)

Tratamiento Psicofarmacológico:

* Haloperidol (5mg) 1 amp MI (nivel psicótico) o Diazepán (10 mg) 1 amp IM (nivel neurótico) o combinación de ambas.
* Puede utilizarse asociado a Benadrilina (20mg) ver dosis Máxima en la agitación.
* Se indican los medicamentos en dependencia del nivel de funcionamiento de la sintomatología.

5. Conducta Suicida.

Intento suicida:

Todo intento suicida recibido en un Cuerpo de Guardia de hospital psiquiátrico debe ser remitido a hospital clínico quirúrgico para recibir atención que cada caso requiera, eliminando todo riesgo para la vida del paciente (Ej. Lavado gástrico, hidratación, sutura, curación).

A todo caso con una conducta suicida reportarlo en hoja de cargo y llenarle tarjeta de EDO. Realizar interrogatorio y examen físico recuerde que se puede haber usado más de un método en el intento.

Si las lesiones comprometen la vida del paciente remitirlo al segundo nivel para atención adecuada, después de brindarle cuidados iniciales.

Después de observación por 24 horas en Hospital clínico quirúrgico en sala de observación ingresar en sala de UIC con acompañante permanente.

Realizar interrogatorio. Valorar los antecedentes personales y familiares, confección de Historia clínica, solicitud de consentimiento informado al familiar para traslado a sala de UIC por un periodo de 7 a 10 días.

a. Tratamiento farmacológico

Si el paciente suicida está psicótico, se utilizará la guía de agitación / violencia en idéntica forma. Si el paciente no está psicótico, utilizar sólo benzodiacepinas.

b. Métodos generales

Se deben evaluar, a fin de prevenir intentos suicidas, los siguientes pacientes:

1. Sobrevivientes de intentos previos.

2. Quienes verbalicen ideas o pensamientos suicidas.

3. Quienes presenten comportamientos indicativos de intentos suicidas.

4. Quienes transmiten desesperación o desamparo

5. Aquellos con antecedentes de injurias o accidentes frecuentes.

6. Intoxicados.

7. Quienes repentinamente muestren mejoría en su estado de ánimo.

RECUERDE: TODOS LOS INTENTOS O AMENAZAS DE SUICIDIO DEBEN SER TOMADOS SERIAMENTE.

c. Técnicas de entrevista

1. Garantizar intimidad.

2. No se debe tener miedo de interrogar a los pacientes sobre pensamientos

o conductas suicidas.

3. Ofrecer ayuda de manera empática y no crítica.

4. Incluir a la familia o amigos significativos en suministrar información.

d. Tratamiento posterior al intento

1. Garantizar seguridad física.

2. Atención de complicaciones médicas.

3. Valorar severidad y probabilidad de repetición.

4. Investigar situación vital.

5. Realización de historia clínica completa.

6. Descartar psicosis.

7. Decidir manejo definitivo

e. Criterios para tratamiento ambulatorio

1. Ausencia de síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).

2. Bajo nivel de ansiedad o perturbación anímica.

3. Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente.

4. Deseo expreso del paciente de iniciar tratamiento ambulatorio.

5. Ausencia de un plan suicida por parte del paciente.

f. Criterios de hospitalización en unidades mentales o en hospitales psiquiátricos

1. Riesgo suicida persistente

2. Ancianos debilitados y pacientes con enfermedades crónicas

3. Pacientes con diagnóstico de depresión mayor

4. Pacientes psicóticos que han hecho un intento

5. Pobre apoyo social y familiar

6. Crisis de angustia

Objetivos:

Disminuir rápidamente los niveles de angustia

1. Intentar medidas de apoyo y conductuales (relajación, meditación, incrementar la confianza del paciente en sí mismo), antes de dar medicación ansiolítica

2. Si no son suficientes:

a. Informar al paciente sobre su condición clínica.

b. Utilizar técnicas de relajación: tiene por finalidad ayudar al paciente a

Aprender la sensación de profunda relajación y a tomar conciencia de sus sensaciones a medida que tensan y relajan diversos grupos musculares en forma secuencial.

c. Medicación ansiolítica (ver opciones).

d. Instaurar tratamiento definitivo para el trastorno básico.

Tratamiento farmacológico

Diazepán (10mg) 1 ó 2 amp IM dosis máxima 30 mg o asociar Benadrilina (20mg) 1 amp.

Repetir la dosis a los 15 o 30 minutos si no cede la crisis.

Apoyo psicológico.

Continuar con vía oral:

1. Administrar una benzodiacepina (cualquiera de ellas), así:

* Alprazolam Tabletas 0.5 mg V.O. dosis máxima 3mg
* Diazepam Tabletas 5 mg V.O. dosis máxima 30 mg.
* Clorodiazepoxido tabletas 10 mg. Dosis máxima 40 mg

2. Si el cuadro presenta agitación severa, manejarse de acuerdo a protocolo agitación.

Trastorno de Pánico

Opciones:

1. Alprazolam 0,5mg dosis máxima 3mg

2. Imipramina 25 mg dosis máxima nivel neurótico 50-75 mg

7. Trastornos conversivos y disociativos

El objetivo es extinguir la crisis y tratar la sintomatología concomitante, como la ansiedad. El paciente necesitará un trabajo psicoterapéutico posterior. Sedando al paciente se logra el manejo de la ansiedad y se facilita el abordaje psicoterapéutico de crisis. Se recomienda el uso de las benzodiacepinas en la forma descrita para los trastornos de ansiedad.

Los neurolépticos pueden usarse, dentro de ellos, la Clorpromazina de 25 mg IM. (Ver Agitación).

8. Atención al Adulto Mayor con trastornos psiquiátricos asociados.

Cuando el cuadro clínico que se presenta se corresponde con alguno de los cuadros descritos anteriormente aplicar tratamiento indicado para cada caso. Tener en cuenta la edad del paciente, estado nutricional, enfermedades asociada y antecedentes a la hora de aplicar la dosis.

Principios de farmacoterapia para agitación y agresión en el anciano

Al iniciar la entrevista:

• Tratar de establecer la causa.

• Tomar una historia médica y realizar un examen físico.

• Entrevistar los miembros de la familia; obtener historia social.

• Obtener historia sobre consumo de alcohol.

Al inicio del tratamiento con psicofármacos:

• Iniciar lentamente.

• Evaluar permanentemente la condición clínica del paciente.

• Monitorizar las interacciones medicamentosas.

• Aumentar la medicación si la respuesta es parcial.

• Realizar intentos por disminuir la medicación.

• Según las características del cuadro clínico, considerar revisión de los principios para agitación.

• Considerar las siguientes posibilidades:

• Benzodiacepinas.

• Drogas antipsicóticas.

• Anticonvulsivantes.

Tipos de fármacos a utilizar:

1. Benzodiacepinas:

• Utilice benzodiacepinas de acción corta, si están disponibles, en su defecto es preferible no utilizar otras benzodiacepinas.

• Efectos colaterales:

* Excesiva sedación.
* Disturbios motores caracterizados por pobre coordinación.
* Alteraciones de la modulación afectiva.
* Compromiso de la memoria. Confusión.
* Dependencia, sobredosis, síndrome de retiramiento.
* Violencia o rabia paradójica.

• Ventajas: Sedación rápida. Ansiolíticos.

2. Drogas antipsicóticas

Su utilización depende del perfil de efectos colaterales (Sedación excesiva, Hipotensión, Confusión, Síntomas parkinsonianos, Disquinesia tardía, Síndrome neuroléptico maligno).

Ventajas: sedación rápida y efecto antipsicótico.

Haloperidol

• Se administra 0.75 – 1,5 mg vía oral o 5 mg IM. Cada hora hasta que la agitación se encuentre controlada. Paciente adulto evaluar mitad de dosis farmacológica.

• Posteriormente se divide la dosis total diaria, en tomas cada seis horas

• Cuando el paciente no esté agitado por un período de 48 horas se disminuye gradualmente a razón de 25% día, de la dosis más alta utilizada.

Reacción extrapiramidal (intoxicación neuroléptica):efecto secundario asociado al uso de neurolépticos, que provoca manifestaciones clínicas muy molestas para el paciente. La variedad clínica más frecuente es el síndrome cervicolinguomasticador, que se caracteriza por presentar una desviación hacia arriba de los ojos, protusión de la lengua, dificultad para deglutir y torsión del cuello, en un paciente que refiere haber ingerido neurolépticos. Además pueden presentarse la acatisia la cual debe diferenciarse de la ansiedad aguda, en otras ocasiones solo se encuentran síntomas aislados.

Conducta a seguir

Interrogatorio dirigido a investigar si el paciente está en tratamiento neuroléptico. Si se ha incrementado la dosis. Utilización de anti parkinsoniano.

Presencia de cuadros anteriores iguales u otros con síntomas de menor intensidad.

Realización de examen físico para descartar cuadros neurológicos.

Confección de microhistoria para sala de observaciones

Reporte de la reacción adversa al medicamento

Observar durante 2 horas porque puede hacer recidivas después de controlado el cuadro.

Aliviar la angustia a la familia .

Tratamiento psicofarmacológico:
a) Cafeína (250 mg): 1 ó 2 ámp. i.m. se puede repetir la dosis cada 10 minutos hasta control del cuadro sobreagudo y tan pronto el paciente degluta pasar a via oral con Trihexifenidilo tab 2 mg o Benadrilina (20 mg): 1 ámp. i.m. o la combinación de ambas.
b) Diazepam (10 mg): 1 ámp. i.m.
c) Se puede repetir la dosis cada 10 ó 15 min hasta que se logre la remisión del cuadro clínico

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. CIE-10 (Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico). Madrid: Edit. Meditor, 1992
2. González, Ricardo: Terapéutica básica para el médico general, Ed Oriente, Santiago de Cuba, 2008.
3. González, Ricardo: Clínica Psiquiátrica Básica Actual, Ed Científico Técnica, Ciudad Habana, 1998.
4. Martínez ,Magalis: Urgencias Psiquiátricas, Edit, Ciencias Médicas, Ciudad Habana,2015.