



EDITA:

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
Secretaría Xeral

SUBDIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE MENTAL E DROGODEPENDENCIAS
Victor Pedreira Crespo

RESPONSABLE DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
Fernando Márquez Gallego

PSIQUIATRA ADSCRITO AO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
Ernesto Ferrer Gómez del Valle

GRUPO TÉCNICO DE TRABALLO
Formado por representantes da Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 e do Programa de Saúde Mental do Sergas.

COORDINACIÓN TÉCNICA
Fernando Márquez Gallego
Marisol Caamaño

Programa de Saúde Mental

Andrés González García
Ignacio Gómez-Reino Rodríguez
M^a Carmen García Mahía
Juan L. Fernández Hierro
José María Alonso Ramos
Domingo Miguel Arias
Tiburcio Angosto Saura

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

M^a Fernanda López Crecente
Jorge Puente Hernández
Román Gómez Vázquez
Eva Castro Balado
M^a Encarnación Guzmán Sáez
Emilia Pérez Meiriño
M^a José Gil Leal

APOIO TÉCNICO:
José María Alonso Ramos
Consuelo Carballal Balsa
Juan Juárez Casado
Sara Fernández Lamas
Teresa Castro Lado

A enfermidade psíquica é un problema de saúde frecuente que leva consigo, como outras moitas patoloxías, momentos de gravidade ou urxencia en que cómpre unha intervención rápida e eficaz para garantir a saúde e a seguridade do doente e dos seus achegados. A resposta a estas demandas é moi específica, pero sinxela se se teñen os coñecementos axeitados de como manexar as crises e as opcións asistenciais de que se dispón.

Atención primaria, urxencias, saúde mental, 061, forzas da orde pública e institucións xudiciais están implicadas na maioría das urxencias psiquiátricas. Así, vemos que a asistencia á patoloxía psíquica grave e urxente na comunidade supón un grande esforzo de coordinación entre diferentes niveis que exceden o puramente asistencial.

Por outra banda, necesítase unha serie de coñecementos mínimos para dar unha resposta de calidade a todos os usuarios do 061 con problemas de saúde mental urxentes. A elaboración de protocolos de intervención nas urxencias psiquiátricas, e a difusión destes, vai facer que a asistencia sexa máis homoxénea, de calidade e coa posibilidade de mellora continua.

Este manual de procedementos é unha guía na cal se establecen os pasos que se deben seguir en cada unha das urxencias psiquiátricas máis comúns: psicose, depresión, ansiedade, risco de suicidio, trastorno de conduta en xeral. Dáse información de como abordar a relación co doente, as diferentes vías de derivación en función do seu estado, unha orientación sinxela para unha entrevista e diagnose adecuadas e mesmo sobre o manexo farmacolóxico do caso. Incídese no respecto aos dereitos fundamentais das persoas afectadas, dáse a información pertinente para que isto sexa así, sempre sen perder de vista os diferentes actores implicados nas intervencións, e defínese o seu lugar e as condicións de actuación.

Todo isto é posible grazas á colaboración, reflectida neste traballo, entre a Fundación 061 e o programa de saúde mental e a súa disposición para establecer sinerxías que están promovendo e conseguindo o logro destes obxectivos, cuxo desenvolvemento colocaría a nosa Comunidade Autónoma nun lugar de referencia na atención ás crises e ás urxencias psiquiátricas comunitarias e a domicilio.

M^a José Rubio Vidal

Conselleira de Sanidade

1	Programa Acougo: Introducción	
1.1.	Introducción	7
2	Procedemento xeral	13
3	Guías de actuación en:	19
3.1.	Alteracións de conduta	21
3.2.	Traslado involuntario.	33
3.3.	Paciente axitado	37
3.4.	Paciente con psicose	43
3.5.	Paciente con depresión.	49
3.5.	Paciente con ideación suicida	53
3.5.	Paciente con ansiedade	61
4	Guía farmacolóxica.	65
5	Bibliografía	77
	Versión castelán.	83



Introducción

1

1.1 Introdución

Xustificación

O 061 é o número ao cal calquera usuario da Comunidade Autónoma de Galicia pode chamar por un problema sanitario urxente. Supón unha porta de entrada ao sistema, sobre todo en situacións de urxencia e emerxencia. As chamadas ao 061 relacionadas con problemas de saúde mental son de sintomatoloxía diversa polo que as respostas emitidas son variables, podendo resolverse con ou sen mobilización de recursos.

A telemedicina converteuse nun dos instrumentos máis útiles para tratar pacientes a distancia. Así o están demostrando distintas experiencias, sobre todo na atención a pacientes de zonas rurais con máis dificultade para o acceso á consulta.

Con motivo da posta en marcha do Programa de saúde mental en Galicia a través do *número de teléfono 061* faise necesaria a especificación dun procedemento único de coordinación e asistencia para toda a comunidade.

Por todo isto descríbense as seguintes actuacións:

- 1.- Descrición dun PROCEDIMENTO XERAL.
- 2.- Desenvolvemento conxunto de GUÍAS de actuación para a atención de distintas patoloxías psiquiátricas desde a primeira chamada ao 061 ata a asistencia e/ou traslado do paciente.

Actualización

Este procedemento, así como os protocolos asociados a el, modificarase sempre que haxa cambios nas condicións externas.

O sistema de actualización é o seguinte:

Os responsables do seguimento realizarán as propostas que consideran necesarias, acompañadas da súa argumentación.

A aprobación definitiva dos cambios correspóndelle á comisión responsable que se reunirá con periodicidade semestral.

Unha vez aprobado, editarase a nova versión/actualización que se renumerará e datará de novo.

Difusión

O sistema de difusión dos procedementos e guías será o seguinte:

Entregaráselle un exemplar a cada membro fixo de cada un dos servizos participantes.

Facilitaráselles un exemplar para a súa lectura aos membros ocasionais de todos os servizos participantes.

Advertiráselle a todo o persoal dos servizos participantes a obrigatoriedade de coñecer o procedemento e as guías.

Estableceranse sesións de difusión do procedemento e das guías cunha periodicidade anual entre o persoal de todos os servizos participantes, coa finalidade de mantelo sempre vivo e actualizado.

A comunicación das actualizacións ou novas versións do procedemento e das guías realizarase da mesma forma antes exposta. O responsable da difusión é tamén responsable de dar a coñecer as novas versións e actualizacións.

Avaliación

Formarase unha comisión mixta de avaliación e seguimento do procedemento e guías que estará formada polos mesmos membros responsables da súa actualización.

Recollerase información consistente en:

- Actividade e explotacións dos servizos atendidos polo 061 de pacientes con sospeita de patoloxía psiquiátrica.

- Documentación bibliográfica e actualización dos servizos implicados.
- Incidencias de ambos os servizos.

A partir desta documentación elaborárase un informe por parte de cada un dos servizos implicados que será discutido en sesión polos integrantes da comisión de avaliación e seguimento que, en función das conclusións extraídas, realizarán as propostas para a introdución dos cambios necesarios.



Procedemento
xeral

2

1.- PROCEDEMENTO XERAL

1. O 061 é o número de referencia para a atención das chamadas relacionadas con sintomatoloxía psiquiátrica urxente da Comunidade Autónoma de Galicia.
2. Calquera usuario pode chamar para solicitar atención sanitaria urxente. Os usuarios poden ser pacientes, sanitarios, forzas e corpos de seguridade, xuíces, etc.
3. O 061 só realiza o traslado urxente de pacientes con destino aos servizos de atención sanitaria urxente de Atención Primaria e atención urxente hospitalaria de referencia que lle corresponda por zona.

O 061, tras recibir a chamada, recollerá os datos de localización ou recuperaraos do arquivo de pacientes rexistrados no programa e poderá resolver a chamada de varias formas distintas:

Sen mobilización de recursos:

- Información sanitaria.
- Consulta médica telefónica.
- Derivación a Atención Primaria
- Intercomunicación con psiquiatría da área.

Con mobilización de recursos

- Médico de Atención Primaria (AP)
- RTSU - ambulancia asistencial.
- USVA - ambulancia de soporte vital avanzado
- Outros

A intercomunicación co psiquiatra de garda realizaraa sempre o médico coordinador do 061, tras valorar a situación e considerar necesario o asesoramento por parte de Atención Especializada.

En casos extraordinarios, o médico coordinador do 061, unha vez que comentase o caso co psiquiatra de garda e, logo de acordo, poderá poñer en contacto o usuario con este último.

4. Horarios de atención:

-En horario de atención ordinaria: HAO:

A derivación dos pacientes ás consultas ordinarias das unidades de saúde mental (USM) por razóns de urxencia, deberase realizar a través do médico de cabeceira correspondente, acompañado de informe ou volante de interconsulta urxente a psiquiatría.

En casos excepcionais o 061 poderá derivar directamente os pacientes ás consultas das USM tras acordo previo telefónico co psiquiatra correspondente.

En caso de emerxencia derivarase directamente ao servizo de urxencias hospitalario correspondente (elaboráronse guías de actuación orientativas).

-En horario de atención continuada: HAC:

Os pacientes que necesiten atención psiquiátrica urxente poden ser derivados aos servizos de Atención Primaria ou ao servizo de Urxencias do hospital de referencia. Intentarase que os pacientes trasladados en ambulancia aos servizos de urxencias hospitalarios sexan valorados previamente por un médico (xa sexa de A.P. ou do 061)

5. Localización do psiquiatra de garda: en HAC poderase contactar co psiquiatra de garda en cada unha das áreas de Saúde Mental vinculadas aos complexos hospitalarios, a través da centraliña do hospital correspondente.

- Santiago: presenza física no Hospital Provincial de Conxo. Presenza física no Hospital Clínico Universitario.

- A Coruña: presenza física no Complexo Hospitalario Juan Canalejo.
- Lugo: garda localizada no Hospital Xeral.
- Ourense: presenza física no Hospital Santa María Nai.
- Pontevedra: presenza física no Hospital Provincial.
- Ferrol: presenza física no Hospital Arquitecto Marcide
- Vigo: garda localizada no Hospital do Meixoeiro.
- Presenza física no Hospital Nicolás Peña.

6. Solicitude de ambulancia ao 061 polo especialista en psiquiatría: cando un psiquiatra (habitualmente en HAO), tras realizar a valoración dun paciente, considere necesario o seu traslado urxente en ambulancia ao hospital, deberá chamar el mesmo ao 061 para realizar a solicitude da ambulancia e indicar como e a onde se debe realizar o traslado.

Se considera que o traslado se pode demorar (segundo a evolución do paciente no transcurso dunhas horas) deberá deixar un informe á familia ou aos achegados do paciente, indicando especificamente se é necesario o traslado urxente en ambulancia e o destino. Indicará a necesidade de solicitude de autorización xudicial por parte da familia se se precisase.

Neste último caso será a familia ou os achegados do paciente os que se poñan en contacto co 061. No caso de xurdir problemas para o traslado, o médico coordinador do 061 valorará de novo o paciente axudado polo médico de A.P. ou contactará co psiquiatra de garda da zona.

7. O traslado urxente involuntario, xa sexa dun paciente axitado ou non, foi consensuado entre as distintas institucións implicadas, segundo o protocolo xeral asinado pola Consellería de Sanidade, a Delegación do Goberno en Galicia e a Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local para o traslado e ingreso non voluntario e urxente de persoas con enfermidade ou trastorno mental (anexo 1).

8. Co fin de realizar de forma adecuada a atención aos pacientes psiquiátricos e as derivacións destes, o 061 utilizará a información rexistrada na tarxeta sanitaria.
9. Para o seguimento e análise deste procedemento crearase unha comisión mixta de avaliación e seguimento entre o Servizo de Saúde Mental e o 061 que analizará as incidencias que se produzan
10. As incidencias desde as U.S.M. ou dos servizos hospitalarios de urxencias psiquiátricas enviaranse ao Servizo de Saúde Mental a través do responsable da área correspondente. As incidencias desde o 061 enviaranse a onde corresponda.



Guías de actuación

3

GUÍA DE ACTUACIÓN EN ALTERACIÓNS DA CONDUCTA

1. INTRODUCCIÓN

Trátase de describir os principios do interrogatorio psiquiátrico e orgánico que realiza un médico a través do teléfono no caso de pacientes con alteracións do comportamento. A anamnese é unha ferramenta efectiva para avaliar estes trastornos. É importante recordar que os pacientes psiquiátricos poden sufrir patoloxías orgánicas e en ocasións alteracións da conduta secundarias a elas.

O interrogatorio irá dirixido fundamentalmente a recoñecer signos ou síntomas de gravidade no paciente, valorando o estado xeral e, unha vez descartados estes signos, é cando orientaremos o interrogatorio cara a unha posible patoloxía psiquiátrica. Son fundamentais as tres primeiras preguntas para orientarnos no interrogatorio.

Se tras este interrogatorio logramos identificar signos que nos orienten cara a unha patoloxía psiquiátrica específica pasaremos ao seu interrogatorio correspondente.

2. ACTITUDE QUE SE DEBE SEGUIR

a. Introducción

Se se fala co propio paciente, intentarase mostrar interese e establecer bo contacto ou empatía con el.

Unha forma é repetindo parte da información que transmite ao teleoperador que atende a chamada para confirmarlle ao paciente que o médico percibe o seu problema e ao mesmo tempo establecer unha relación de empatía.

Intentarase dicir frases empáticas como: "Comprendo como se sente...".

- O interrogatorio comezase preguntándolle por aspectos xerais para pasar posteriormente a aspectos máis delicados, se colabora.

b. Interrogatorio

INTERROGATORIO

OBSERVACIONES

¿Desde cando está así?

- Brusco (son poucas as condutas psiquiátricas que xorden brusca-mente)
- Infeccións do SNC, hipoglicemia, abstinencia por alcohol e estupefacientes, intoxicacións, hemorraxia intracranial, crise comicial, TCE, hipoxia, insuficiencia aguda dun órgano. Non se debe descartar unha patoloxía psiquiátrica.

- Paulatino (horas-días)

- Pode orientar tanto a patoloxía psiquiátrica como orgánica. Síndrome confusional aguda (flutúa no día)

¿A que atribúe esta conduta ou situación ou que a desencadeou?

- Pode orientar o interrogatorio desde o principio. Ver se o paciente tivo episodios similares outras veces.

Valoración dos signos vitais

- Estado respiratorio

*Taquipnea,

- Febre, acidose metabólica, TEP, insuficiencia cardíaca, pneumonía, crise de ansiedade.

- Estado cardíaco

*Taquicardia, palpitacións

- Febre, hipertiroidismo, TEP, insuficiencia cardíaca, pneumonía, ansiedade, psicose.

- *Bradicardia

 - Hipertensión intracranial (máis frecuente), hipotiroidismo, Stokes-Adams.
- Temperatura

 - Meninxite, crise tirotóxica, vasculite, abstinencia por sedantes e alcohol, procesos inflamatorios e infecciosos.
- *Febre
- *Hipotermia

 - Alteracións endócrinas con hipofunción, intoxicacións, patoloxía dermatolóxica, sepsis, disfunción do SNC.
- ¿Levou algún golpe?

 - Frecuentes e desapercibidos en axitados, lesións cranioencefálicas.
- ¿Contraccións ou sacudidas?

 - Lesión neurolóxica, crise de histeria, trastornos dissociativos. Extrapiramidalismo. Hai que descartar o resto de patoloxía orgánica citada.
- ¿Enténdenlle as palabras que pronuncia? ¿Paralizóuselle algún membro?

 - Poden orientar a un problema neurolóxico, delirium e todas as súas causas, trastorno conversivo.
- Valoración de orientación*
- ¿Sabe onde está, coñece os seus familiares, que día é?

 - En lugar, tempo e espazo.
 - Demencia, delirium, amnesia psicóxena, fuga psicóxena, e como sempre descartaranse cadros orgánicos como intoxicacións.

Valoración do afecto.

¿Que sentimentos ten?

-Ansiedade

Calquera patoloxía orgánica antes citada pode produci-lo.

- Cadro de ansiedade (pánico, ansiedade xeneralizada, fobias, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo).

-Tristeza

- Trastornos afectivos (depresión maior, trastorno bipolar, distimia, trastorno esquizoafectivo.

-Euforia, irritabilidade, excitación

- Episodio maníaco, trastorno esquizoafectivo, psicose.

Valoración do pensamento

Alteración do curso:

Desestruturado, incongruente

Alteración do contido:
Delirios

Delirio ou alucinacións visuais: máis frecuentes en cadros orgánicos. Cadro psicótico, enf. SNC (neoplasia, demencia, vasculite, epilepsia,..), patoloxía endócrina (hipo-hipertiroidismo, Cushing, Addison,..), metabólicas (hipoglicemia, encefalopatía hepática, urémica, hipoxia, hipercapnia), fármacos (dixital, corticoides, AINES, antibióticos, cimetidina, estimulantes, simpaticomiméticos,..), drogas (alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas,..).

Valoración da percepción:

Alucinacións

Alucinacións auditivas: máis frecuente na esquizofrenia.

Alucinacións olfactivogustativas: máis frecuente en epilepsia.

Ilusión ou distorsión de formas: máis frecuente tras a inxesta de alucinógenos.

Formigo, disestesias: cadros de ansiedade.

Insectos pola pel: intoxicación por cocaína, delirium tremens.

Antecedentes persoais

- VIH+

- Patoloxía neurolóxica: calquera cambio previo indica patoloxía orgánica.

- Exposición a tóxicos, metais pesados, ou outros perigos laborais.

- Patoloxía cardiorrespiratoria.

- Medicamentos que toma: fundamentalmente incidir en sedantes e hipnóticos, psicotrópicos, anticolinéxicos, antiparkinsonianos, salicilatos, antipalúdicos, diuréticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antimicrobianos ou bromuros, poden producir delirio ou un cadro psicótico.

- Patoloxía psiquiátrica.

Antecedentes familiares e sociais persoais

- Poden identificar as causas desencadeantes do estrés no medio en que se desenvolve o paciente.

3. RECOMENDACIÓNS

1. Se o paciente presenta alteracións na orientación:

1.1. Se se sospeita **demencia** intentarase que o paciente non permaneza a escuras, que teña puntos de referencia habituais (reloxo, calendario) e indicaráselle haloperidol, 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).

1.2. Se se sospeita **delirium**, o paciente deberá permanecer acompañado doutra persoa en todo momento, adoptaranse medidas de protección (retirar obxectos cos que se poida mancar e se é necesario procederase á contención mecánica do paciente) e intentarase que o paciente non permaneza a escuras, que teña puntos de referencia habituais (reloxo, calendario) e indicaráselle haloperidol, 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).

1.3. Se se sospeitan **trastornos dissociativos** (fuga psicóxena, amnesia psicóxena) procurarase un ambiente seguro e estable.

Axudaráselle ao paciente a elaborar os episodios dolorosos do seu pasado ata alcanzar as razóns polas que mantén a disociación.

2. Se o paciente presenta un trastorno afectivo:

2.1. No caso de **trastorno de ansiedade** débese facilitar a relaxación, deitando o suxeito na padiola, conseguindo un ambiente tranquilo, convidándoo a que cerre os ollos, respire profundo e lento e non pense en nada.

- Débense promover manobras de distracción, como centrar a atención noutras cousas: preguntarlle por datos persoais, cantos anos ten, de onde é, etc...

- O paciente debe ser informado de que sofre unha crise de ansiedade e de que non hai perigo para a súa vida; é conveniente explicarlle o que é unha crise de ansiedade e o grao de malestar

que lle pode chegar a ocasionar, pero evitando dicir que “non ten nada”, pois, ademais de non ser certo, equivale a non tomalo en serio e iso aumentará o nivel de angustia.

- Se hai hiperventilación, é útil poñer unha bolsa sobre o nariz e a boca a fin de que respire en ambiente hipercápnico e reducir así a hipocapnia e alcalose secundaria á hiperventilación. Hai que descartar previamente por anamnese que o paciente padeza calquera enfermidade que favoreza de base a hipoxemia ou a hipercapnia crónicas, que contraindicarían a manobra. Débese evitar cubrir totalmente a cabeza e usar bolsas opacas que impedirían ver se o paciente se pon cianótico.
- Medicación ansiolítica para o episodio agudo: o mellor é indicar benzodiazepinas de vida media curta. Non obstante, indícase unha que teña no domicilio, que tomase previamente e que non lle sentase mal. Pódese utilizar o alprazolam, 0,5-1 mg s.l. ou v.o. e poderase repetir a dose aos 15-20 minutos, se é preciso.
- Psicoterapia de apoio: realizar un inventario das situacións que producen ansiedade e analizar co paciente as sensacións asociadas a elas. Explicar o significado dos seus síntomas e axudar o paciente a interpretar dun modo máis benigno as vivencias e sensacións físicas molestas asociadas á súa ansiedade. Se presenta contracturas musculares utilizar técnicas de relaxación.

2.2. Na reacción por dó, o paciente beneficiase da verbalización e escoita da pena, expresando os sentimentos que no seu momento non puido expresar, faránselle preguntas como ¿que tal acepta a perda?, ¿cre que o superou? etc. Posteriormente modificarase a memoria do falecido con preguntas como ¿recorda algún momento feliz co falecido?, recordando recordos positivos. Finalmente concienciarase o paciente para que asuma as responsabilidades habituais ou novas da vida como ¿deuse conta do que o necesitan os seus fillos ou pais, etc..?

2.3. Trastorno depresivo: psicoterapia de apoio, transmitiráselle ao paciente mensaxes como padece vostede unha enfermidade que se chama depresión que cursa con síntomas como (citar os síntomas do paciente) e necesita polo menos 15-20 días para notar algo de melloría. Recordarlle que é moi importante a toma constante do tratamento. Destacaranse os pequenos logros que vaia conseguindo.

Informarase a familia do proceso e non se lle coaccionará para a toma de decisións. Cando mellore haberá que estimulalo para a reincorporación sociolaboral.

2.4. Nos casos de psicose ou manía farase a mesma intervención que na esquizofrenia.

3. Se o paciente presenta trastornos do pensamento:

3.1. O máis frecuente é que se produzan por alteracións orgánicas, polo que as recomendacións serán as de tratar o cadro orgánico propiamente dito e pódese administrar haloperidol, 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).

3.2. No caso de esquizofrenia tratarase de actuar sobre a familia para que apoie o paciente (educación con respecto á natureza da enfermidade recomendándolles que eviten discutir co paciente os contidos do pensamento. Ao mesmo tempo intentarán diminuír ao máximo o estrés ambiental se é necesaria a medicación durante as crises.

3.3. Na epilepsia, se o paciente está convulsionando, intentarase colocarlle algún obxecto entre os dentes, evitando suxeitalo e tratando de protexelo para que non se golpee contra os obxectos circundantes; cando cese a convulsión, recomendarase colocar o paciente en posición lateral de seguridade.

- 3.4. En casos suxestivos de **delirium tremens** procurarase que o paciente permaneza nun ambiente seguro, actitudes tranquilizadoras e a administración de BZD (diazepam 5mg v.o.) e traslado inmediato a un centro hospitalario.
- 3.5. **No caso de intoxicacións** tranquilizarse o paciente e os acompañantes a través do teléfono, mantendo o paciente nun lugar seguro, relaxado e cun acompañante tranquilo.
- Se o paciente está estuporoso colocarse en posición lateral de seguridade. Se o tóxico é coñecido intentarase inducir o vómito mediante estimulación orofarínxea dixital ou cun obxecto romo (excepto en intoxicacións por ácidos, álcalis, derivados do petróleo, anticonvulsivantes ou en pacientes con diminución do nivel de conciencia).
 - Se o paciente convulsiona recomendaranse benzodiazepinas e se o paciente está axitado recomendarase haloperidol ou benzodiazepinas.
 - Se se envía un médico monitorizarse o paciente con mantemento das constantes hemodinámicas.
 - Se o tóxico é descoñecido, administrarase O₂ a alto fluxo (salvo intoxicación por paraquat), glicosa 20-30 mg/i.v., (Glucosmon R-50), naloxona 0,01 mg/kg/i.v., tiamina 1-2 mg/kg/i.v. e flumaceniil 0,2-0,3 mg/i.v.
 - Se o tóxico é coñecido aplicaranse as medidas específicas segundo o tóxico (ver manexo inicial das intoxicacións en Manual de urxencias prehospitalarias 061). Algunhas que hai que destacar son: intoxicación por CO₂ administrar O₂; en intoxicación por opiáceos, naloxona; por benzodiazepinas, flumaceniil; por organofosforados, atropina; por atropina, fisostigmina e por alucinógenos, sintomático.

4. RESPONDA

RESPONDA RECHAMADA

SINTOMATOLOXÍA

- Demencia senil a tratamento con axitación leve en que se poden facer pequenas modificacións de medicación, con contorno familiar colaborador.
- Axitación, disestesias, ansiedade con contorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URXENCIAS (*)

- Conduta que entrañe perigo.
- Dificultade para o manexo do paciente.
- Familia non colaboradora que non poida garantir o control do paciente.
- Calquera alteración da conduta que suxira patoloxía orgánica leve.
- Patoloxía que non remite tras a rechamada.
- Tras a inxesta de fármacos ou estupeficientes.

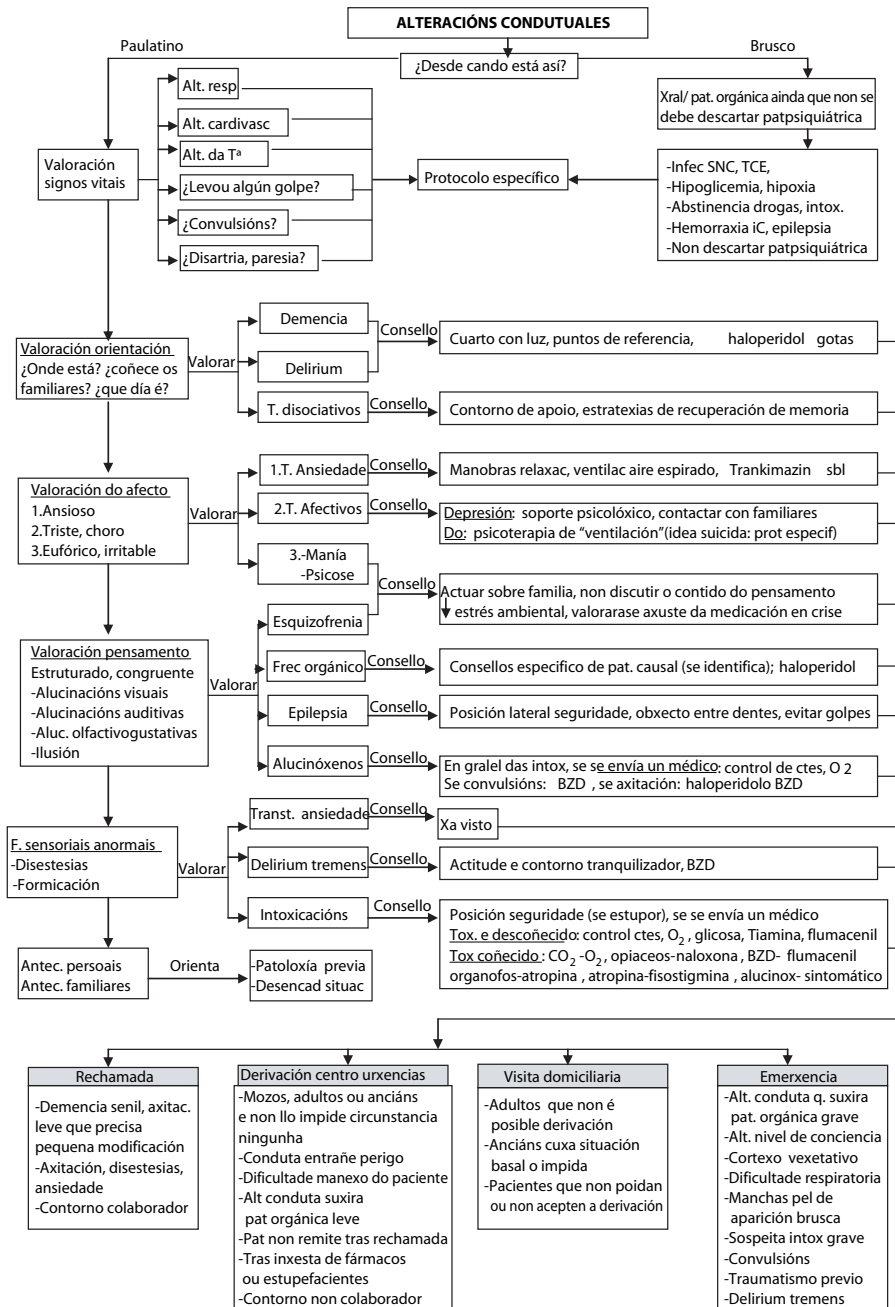
VISITA DOMICILIARIA

- Adultos ou anciáns cuxa situación basal impida o traslado.
- Pacientes que non poidan ou non acepten a derivación.
- Situacións en que se considere máis adecuada a atención in situ dentro do contorno do paciente (demencia descompensada, dó intenso, etc.)

EMERXENCIA

- Calquera alteración da conduta que suxira patoloxía orgánica grave.
- Alteración do nivel de conciencia.
- Cortexo vexetativo.
- Dificultade respiratoria.
- Manchas na pel de aparición brusca.
- Sospeita de intoxicación.
- Convulsións.
- Traumatismo previo
- Delirium tremens.
- Conduta que poida entrañar perigo para o propio paciente ou para os que o rodean.

(*) Os pacientes que necesiten acudir a un centro de urxencias e non poidan ir polos seus medios serán derivados en ambulancia.



GUÍA DE ACTUACIÓN NO TRASLADO INVOLUNTARIO

1. INTRODUCCIÓN

É frecuente que o médico de urxencias sexa requerido para atender enfermos mentais que non colaboran na exploración e/ou non acceden a ser trasladados a un centro sanitario. É dicir, non prestan o seu consentimento á actuación médica.

Pero, ¿como se actuará nestes casos? trátase de proporcionarlle ao paciente a axuda médica que precisa respectando os dereitos civís. Debemos ter claro que o paciente ten un déficit grave da competencia para prestar o seu consentimento á asistencia sanitaria que require.

Se coñecemos previamente a existencia dunha autorización xudicial para o ingreso do enfermo, a situación simplifícase notablemente.

2. CUESTIÓNS XERAIS ACERCA DOS INGRESOS INVOLUNTARIOS

2.1. Quen pode ser internado “por razón de trastorno psíquico”

Patoloxía psiquiátrica grave que implica risco para o paciente ou para terceiros na cal o facultativo considere que o paciente é incapaz para decidir.

2.2. Quen pode solicitar o internamento

Cónxuxe ou quen se encontre nunha situación de feito asimilable (por analoxía do art. 757).

Ascendentes, descendentes, irmáns, etc.

Calquera persoa pode poñer en coñecemento do Ministerio Fiscal feitos que poden ser determinantes de internamento.

2.3. Quen pode decidir o internamento

O xuíz de Primeira Instancia.

2.4. Procedementos

- Non urxente: a medida adóptaa o xuíz tras unha serie de trámites legais.
- Urxente: a medida adóptaa o médico que leva a cabo o ingreso urxente. Débelle comunicar esta medida ao xuíz (prazo máximo de 24 horas). O tribunal, unha vez que teña coñecemento da noticia e nun máximo de 72 horas deberá ratificar o ingreso. Se denega a autorización para o ingreso, o paciente debe ser dado de alta hospitalaria inmediatamente.

2.5. Execución de internamento involuntario

O xuíz adoptará a súa decisión en forma de auto. No caso dunha orde xudicial o facultativo deberá proceder ao ingreso do paciente e non lle poderá dar a alta mentres non o autorice o xulgado.

No caso dunha autorización xudicial permíteselles aos facultativos decidir o ingreso do paciente aínda en contra da súa vontade. A pesar da existencia dunha autorización xudicial os médicos poden non levar a cabo o ingreso se non o cren indicado. Nos ingresos por autorización xudicial o médico pode decidir o momento de cesamento do internamento, dando de alta o enfermo e comunicándollo inmediatamente ao xulgado competente.

O 24 de febreiro do ano 2004 asinouuse o “Protocolo xeral sobre traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia” entre a Consellería de Sanidade, a Delegación do Goberno en Galicia e a Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local (ver anexo 1). Nel consensúase, entre as distintas administracións implicadas, o traslado involuntario urxente do paciente psiquiátrico.

3. GUÍA DE ACTUACIÓN

- Se coñecemos previamente a existencia dunha autorización xudicial para o ingreso do enfermo a situación simplifícase notablemente. Que probablemente non sexa competente para consentir o seu traslado e/ou ingreso é algo que de forma implícita se recolle na intervención xudicial. Ademais contarase e valorarase a presenza das forzas e corpos de seguridade.

- Se non ten autorización xudicial previa valorarase se o traslado é de carácter urxente.
- Se non o é, derivarase ao seu médico de cabeceira ou ao seu especialista de área.
- Se o traslado é de carácter urxente, a primeira medida que hai que tomar é a contención psíquica (chamar o paciente polo seu nome e presentarnos, actuar sen prásas, actitude firme e tranquilizadora, non falarlle en voz alta e agresiva, diminuír no posible o número de persoas presentes, intentar a comunicación verbal e escoitar o paciente con atención e axudalo a expresar os seus sentimentos, obviar as discusións baldías, etc).
- Se accede ao traslado, realizarase. En caso contrario intentarase sedación farmacolóxica voluntaria.
- Se colabora será trasladado ao hospital.
- Se non colabora procederase á contención física para o que solicitaremos o auxilio das forzas e corpos de seguridade (protocolizado por acordos institucionais).

Unha vez suxeitado o paciente procederase a administrarlle tratamento farmacolóxico i.v. ou i.m.

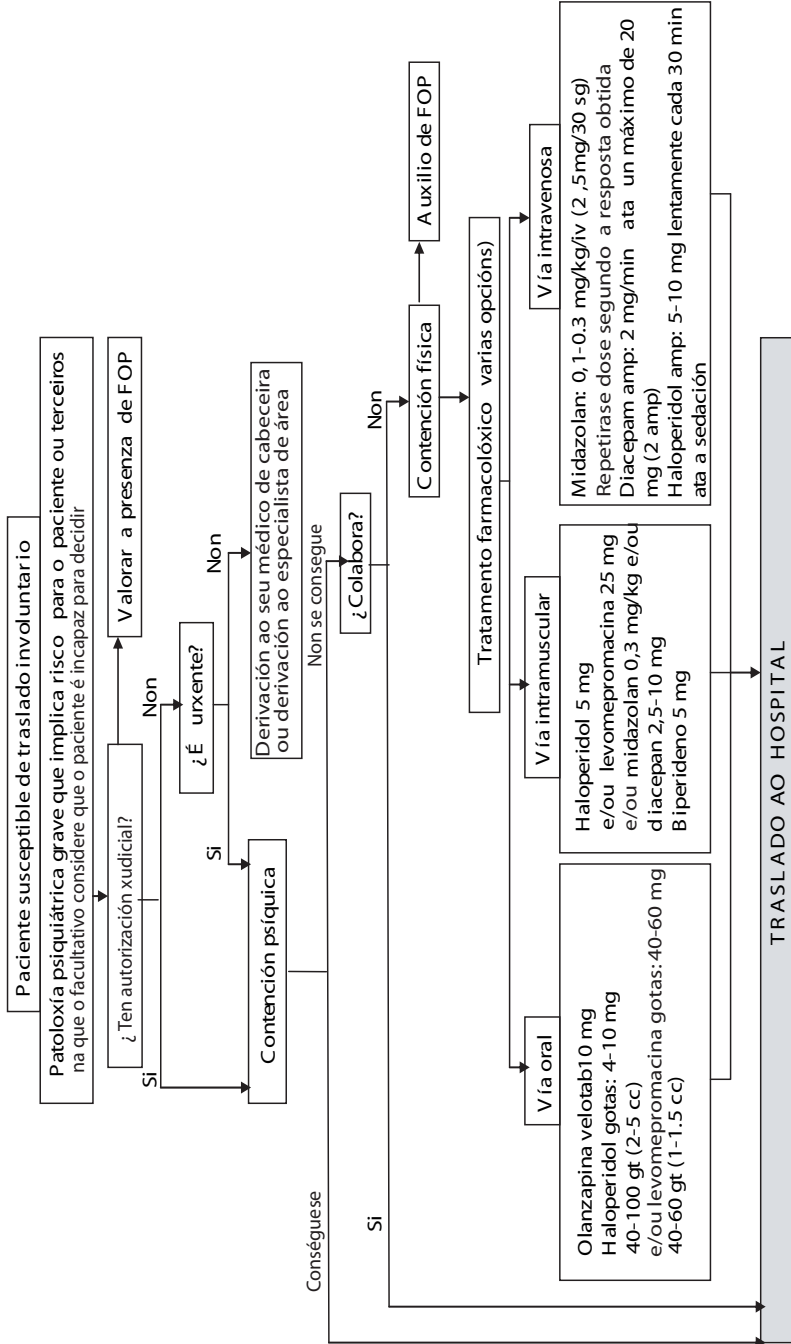
Como alternativas propoñemos diferentes vías de administración e fármacos que dependerán de diversos factores como o grao de axitación, fármacos dispoñibles, manexo terapéutico, etc.

Por vía oral propoñemos haloperidol gotas: 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc) e/ou levomepromazina 40-60mg (40-60 gotas, 1-1,5 cc) ou olanzapina velotab 10 mg ou diacepam: 10-20 mg ou lorazepam 1mg.

Por vía intramuscular propoñemos haloperidol 5 mg e/ou levomepromazina 25 mg e biperideno 5mg ou diacepam: 2,5-10 mg ou midazolán: 0,3 mg/Kg, repetir segundo resposta.

Por vía intravenosa propoñemos haloperidol 5 mg 5-10 mg lentamente cada 30 min ata sedación ou diacepam 2mg/ml ata un máximo de 20 mg ou midazolán 0,1-0,3 mg/kg/iv, repetir segundo resposta obtida.

TRASLADO INVOLUNTARIO



GUÍA DE ACTUACIÓN NO PACIENTE AXITADO

1. CONCEPTO

Síndrome en que aparece estado de exaltación motora acompañado de ansiedad, cólera, pánico ou euforia, segundo os casos. Pode haber desinhibición verbal e falta de conexión de ideas.

2. CLASIFICACIÓN

A etiología desta síndrome debe ser descartada seguindo a seguinte orde:

2.1. Axitación orgánica

O máis frecuente son os cadros tipo delirium. As causas máis habituais son:

Tóxicas (*)	Metabólicas	Neurolóxicas	Outras
Simpaticomiméticos	Hipoglicemia	TCE	HTA
Anticolinéxicos	Hipo/hipertiroidismo	Tumores cerebrais	IAM, angor
Neurolépticos	Hiperparatiroidismo	Anoxia cerebral	Arritmias
Dixital	Alt. electrolíticas: Mg,Ca,Na	Demencias	Valvulopatías
Cafeína	Febre	Infeccións SNC	Anafilaxia
Psicoestimulantes	Síndrome carcinoide	Epilepsia lóbulo temporal	Hipoxia
Abstinencia de alcohol ou sedantes	Feocromocitoma	Confusión postictal	Hipercapnia
	Encefalopatía urémica, hepática	ACVA	Sepse
	Enfermidade de Cushing		
	Enfermidade de Addison		

(*) En xeral cambios bruscos de niveis plasmáticos de fármacos con algunha actividade sobre SNC, especialmente en grupos predispostos como anciáns, consumidores de drogas, etc.

2.2. Axitación psiquiátrica

Distinguimos dous tipos: as psicóticas e as non psicóticas.

a. Psicóticas:

- Esquizofrenia (delirios de persecución ou prexuízo, alucinacións auditivas, etc.)
- Manía (verborrea, aumento de autoestima, hiperactividade, ideas e delirios acerca de riqueza e poder).

b. Non psicóticas: crise de angustia (ataques de pánico).

2.3. Axitación reactiva

a. Ante situacións catastróficas.

b. Ante situacións de desconexión sensorial (por exemplo, tras as intervencións oftalmolóxicas ou na UCI).

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Historia clínica

a. Antecedentes médicos e psiquiátricos do paciente e familiares.

b. Inxesta de substancias tóxicas.

c. Enfermidade actual: forma de inicio, características e duración do cadro.

3.2. Exploración

a. Exploración física: xeral e neurolóxica (na medida do posible).

b. Valoración psiquiátrica: orientación, atención, estado afectivo, presenza de delirios e alucinacións.

3.3. Valoración da existencia de signos somáticos de risco vital: cianose, anoxia, anafilaxia, hipoglicemia, etc.

4. TRATAMIENTO

4.1. Medidas de seguridade.

- a. O primeiro é garantir a seguridade do persoal e do propio paciente.
- b. Se o paciente ten armas e se nega a entregalas, non se valorará; avisarase a policía e non se intentará detelo.
- c. Crearanse espazos abertos e con pouca xente (os paranoicos séntense acosados en distancias interpersoais normais).
- d. Fomentarase a verbalización. A entrevista debe ser tranquila, dándolle confianza ao paciente. Ás veces esta medida diminúe por si soa o estado de axitación. Se é insuficiente recorrerase a medidas físicas.
- e. Valorarase o risco de violencia inminente:
 - Ton de fala grave, ameazante e vulgar.
 - Elevada tensión muscular (tensar os brazos, sentarse no extremo da cadeira).
 - Hiperactividade (deambular polo cuarto).
 - Golpear portas ou mobiliario.
 - Historia previa de violencia ou axitación.
 - Sexo masculino, novo.
 - Alucinacións.

4.2. Contención física

- Nunca debemos conter fisicamente o paciente se non contamos cos medios nin co persoal suficiente.
- A redución dun paciente violento débese facer cun equipo como mínimo de cinco persoas, en que unha exerce ademais de coordinador

- Valorarase a presenza de corpos e forzas de seguridade.
- Tras a contención, é o momento da avaliación física, mental e valoración da sedación.
- Unha vez pasada a crise o paciente debe ser informado do motivo desta e liberado gradualmente.

En todos os casos que precisen hospitalización involuntaria, o responsable do centro en que ingresa debe informar a autoridade xudicial correspondente e facer o informe pertinente, nun prazo máximo de 24 horas.

4.3. Medidas de soporte vital (ABC)

4.4. Medidas xerais

- a. Constantes: TA, T^a, FC.
- b. Monitorización cardíaca.
- c. Pulsioxímetro-saturación de O₂.
- d. Glicemia.
- e. Vía venosa periférica (se é necesario).

4.5. Medidas específicas

a. Axitación ou ansiedade leve

O primeiro será aplicar medidas de contención psíquica. Se se consegue daráselle a alta in situ ao paciente ou valorarase derivalo ao hospital.

Se non se consegue, tratarase igual que a axitación moderada.

b. Axitación moderada:

Neste grao de axitación procederemos ao tratamento farmacolóxico.

Como alternativas propoñemos:

- Diacepam v.o. ou s.l. 10-20 mg.
- Haloperidol gotas 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).

- Loracepan v.o. ou s.l. comp.1 mg, 2,5 mg.
- Levomepromazina 40-60mg (40-60 gotas, 1-1,5 cc).
- Olanzapina velotab 5 ou 10 mg.
- Se dispuxesemos de BZD , con vida media máis longa, as doses equivalentes son as seguintes:

5 mg de diazepam = 1 mg lorazepam = 7.5 mg cloracepato dipotásico.

- Se o paciente mellora valorarase se se lle dá a alta in situ ou se se deriva ao hospital.
- Se o paciente non mellora será enviado ao hospital.

c. Axitación grave que precisa sedación rápida e eficaz:

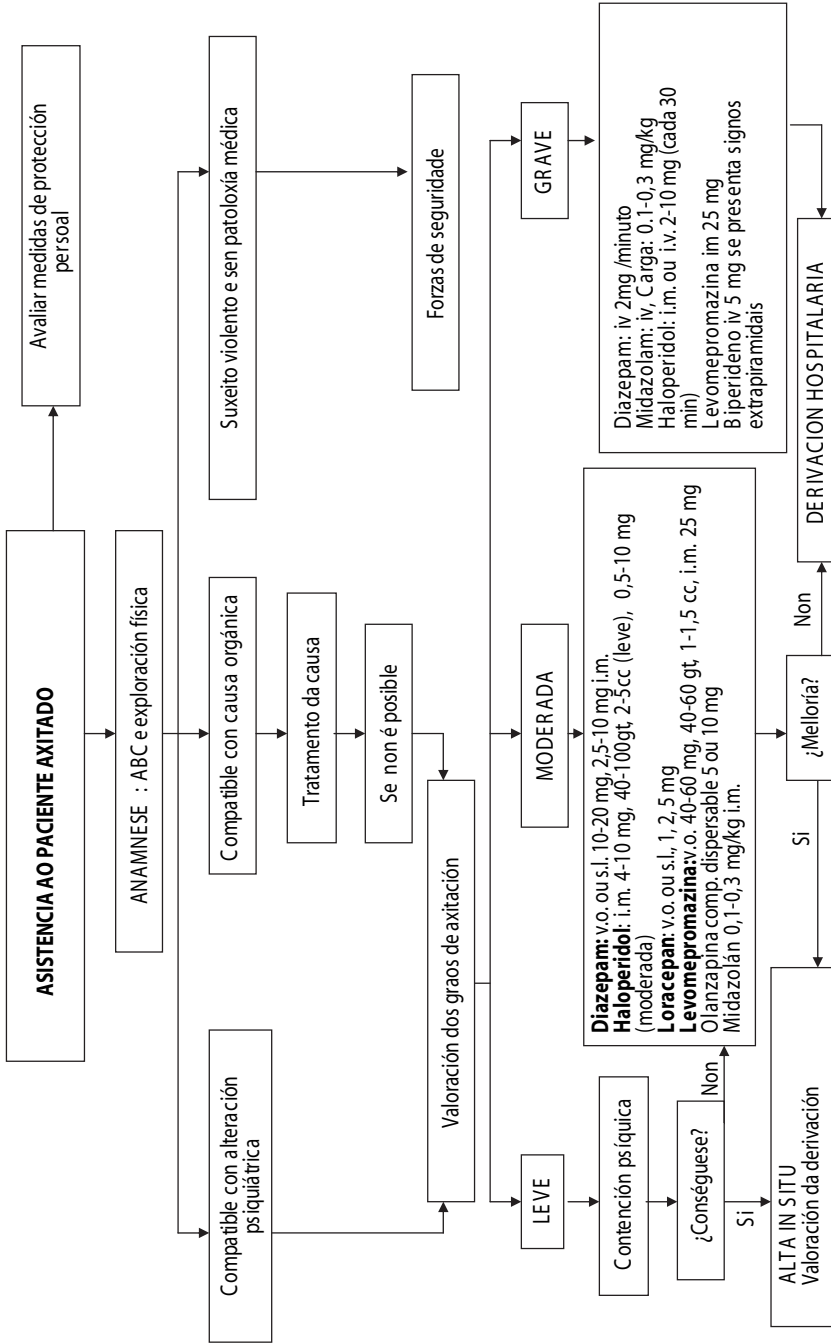
i.m.: ahaloperidol 0,5 -10 mg e/ou levomepromazina 25 mg ou diazepam 2,5-10 mg ou midazolan 0,1-0,3 mg/kg, repetir segundo a resposta.

i.v.: midazolan ampolas 0,1-0,3 mg/kg i.v. ou diazepam 2 mg/min ou haloperidol 2-10 mg (pódese repetir cada 30 minutos)

Pódese asociar biperideno 5 mg para evitar efectos extrapiramidais (disonías, rixidez, laringoespasma).

4.6. Criterios de derivación e/ou traslado ao hospital

- a. Reagudización e alteracións psiquiátricas, para valoración polo psiquiatra.
- b. Orgánicas: cando precisen observación, probas complementarias hospitalarias e tratamento correspondente. Naqueles pacientes en que solucionemos a causa desencadeante, podemos valorar a súa permanencia no domicilio.



GUÍA DE ACTUACIÓN NO PACIENTE CON PSICOSE

1. INTRODUCCIÓN

Debe deixarse un primeiro momento de entrevista aberta, en que o paciente se poida explicar sen que confrontemos ideas e opinións.

A seguir débesele dar á entrevista un cariz médico, preguntando por antecedentes médicos para introducirse pouco a pouco nos antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente orientarase a entrevista a unha recollida de síntomas de menos a máis específicos.

2. ACTITUDE QUE SE DEBE SEGUIR

A. Interrogatorio

INTERROGATORIO

¿Presenta algún signo de psicose?

- Ideas delirantes
- Alucinacións
- Linguaxe desorganizada
- Comportamento catatónico ou desorganizado

OBSERVACIÓNS

- Se non os presenta pasaremos ao protocolo de alteracións da conduta
- Se presenta algún dos anteriores signos pasaremos á seguinte pregunta

Busca de factores desencadeantes:

- Tóxicos
- Alcohol
- Fármacos

Pode orientar o interrogatorio desde o principio.

- Existen alteracións de memoria ou orientación

→ Demencia

- Alucinacións visuais

→ Delirium

- Focalidade neurolóxica

→ Causa orgánica

Presenta alucinacións auditivas, ideas delirantes (control, adivinación de pensamento)

Esquizofrenia e diagnósticos relacionados

Valoración de síntomas maníacodepresivos

Depresión psicótica
Manía

3. RECOMENDACIÓN

3.1. No caso de inxesta de tóxicos, alcohol ou fármacos tranquilízanse o paciente e acompañantes a través do teléfono, mantendo o paciente nun lugar seguro e relaxado cun acompañante tranquilo.

- Se o paciente está estuporoso haberá que colocalo en posición lateral de seguridade. Se o tóxico é coñecido intentarase inducir

o vómito mediante estimulación orofarínxea dixital ou cun obxecto romo (excepto en intoxicación por ácidos, álcalis, derivados do petróleo, anticonvulsivantes ou en pacientes con diminución do nivel de conciencia).

- Se o paciente convulsiona recomendaranse benzodicepinas e se o paciente está axitado recomendarase haloperidol ou benzodicepinas.
- Se se envía un médico monitorizarase o paciente con mantemento das constantes vitais.
- Se o tóxico é descoñecido, administrarase O₂ a alto fluxo (salvo intoxicación por paraquat), glicosa 20-30 mg/i.v (Glucosmón R-50), naloxona 0,01 mg/kg/i.v., tiamina 1-2 mg/kg/i.v. e flumaceniil 0,2-0,3 mg/i.v.
- Se o tóxico é coñecido aplicaranse as medidas específicas segundo o tóxico (ver manexo inicial das intoxicacións en Manual de urxencias prehospitalarias 061). Algunhas que hai que destacar son: intoxicación por CO₂, O₂; por opiáceos, naloxona; por benzodicepinas, flumaceniil; por organofosforados, atropina; por atropina, fisostigmina e por alucinóxicos, sintomático.

3.2. Se se sospeita demencia intentarase que o paciente non permaneza a escuras, que teña puntos de referencia habituais (reloxo, calendario) e indicárselle haloperidol 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).

3.3. Se se sospeita delirium, o paciente debe permanecer acompañado doutra persoa en todo momento, adoptaranse medidas de protección (retirar obxectos cos que se poida facer dano e se é necesario atarase o paciente) e intentarase que o paciente non permaneza a escuras, que teña puntos de referencia habituais (reloxo, calendario) e indicárselle haloperidol 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).

3.4. Se o paciente presenta alucinacións auditivas, ideas delirantes ou signos maníaco-depresivos, interrogaremos o paciente sen présas, establecendo unha boa relación, escoitándoo sen interrupcións e parafraseando o que di de vez en cando. Intentaremos evitar interpretacións negativas e facer bromas sobre o tema, non corrixir nin apoiar o delirio. Faráselle saber que comprendemos os seus sentimentos ofrecéndolle axuda.

- Se o paciente está axitado (ver algoritmo de axitación psicomotriz).
- Se chegamos a unha presunción diagnóstica trataremos de axustar a medicación que o paciente ten no seu domicilio ou que estaba tomando previamente.

4. RESPOTA

RESPOTA

RECHAMADA

SINTOMATOLOXÍA

- Paciente que non toma correctamente o tratamento
- Crise con precipitante claro e que se poida indicar toma de ansiolítico
- Contorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO

DE URXENCIAS (**)

- Dificultade manexo paciente
- Crise suxestiva de patoloxía orgánica(*)
- Primeiro episodio
- Contorno non colaborador
- Cadro que non remite tras consello médico telefónico

VISITA DOMICILIARIA

- Pacientes que requiren valoración médica e non é posible derivación

EMERXENCIA

Cadro psicótico con:

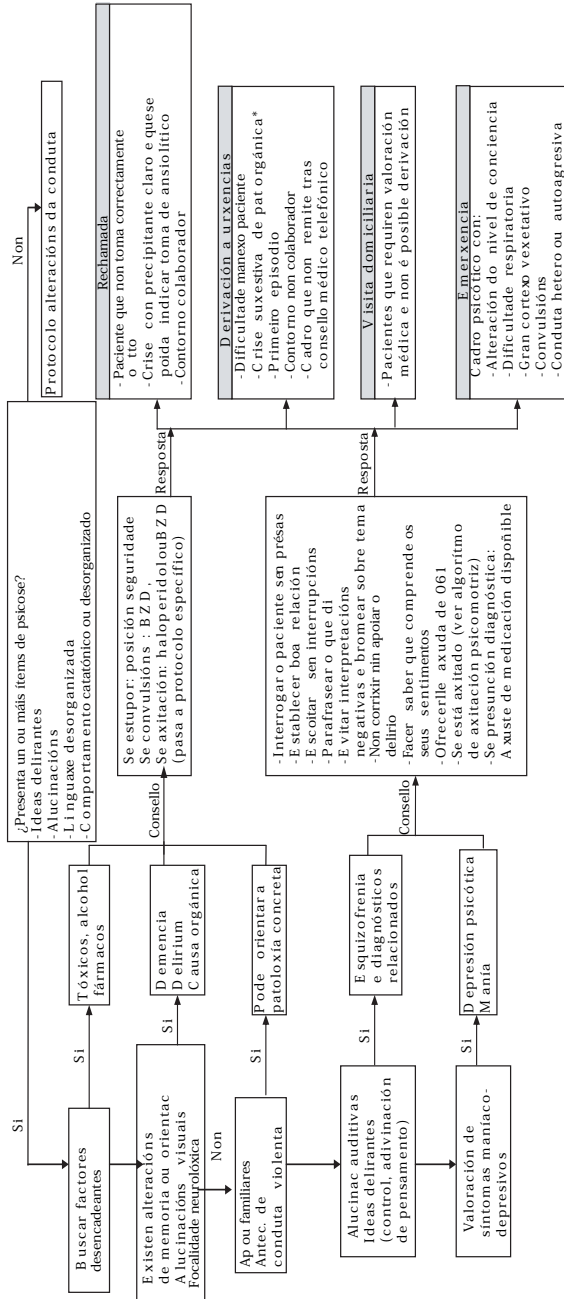
- Alteración do nivel de conciencia
- Dificultade respiratoria
- Gran cortexo vexetativo
- Convulsións
- Conduta hetero ou autoagresiva

(*) Considéranse crises suxestivas de patoloxía orgánica:

- Maior de 40 anos
- Ausencia de acontecementos significativos que preceden ou exacerban os síntomas.
- Resposta escasa a tratamentos previos

(**) Derivaranse en ambulancia os pacientes que necesiten acudir a un centro de urxencias e non poidan ir polos seus medios.

ALGORITMO DE PSICOSE



* Mai or 40 anos, ausencia de acontecementos significativos que preceden ou exacerben aos síntomas, resposta escasa a tto previos

GUÍA DE ACTUACIÓN NO PACIENTE CON DEPRESIÓN

1. INTRODUCCIÓN

A depresión é un dos trastornos psíquicos máis comúns na consulta de urxencias. Aproximadamente o 20% da poboación xeral sofre un episodio depresivo nalgún momento da súa vida; non obstante, moitas veces non se detecta e trátase incorrectamente.

O suicidio constitúe un serio perigo nos pacientes con depresión; por iso sempre deberá avaliarse o risco de suicidio neste tipo de pacientes.

2. ACTITUDE QUE SE DEBE SEGUIR

a. Introducción

Debe deixarse un primeiro momento de entrevista aberta, en que o paciente poida explicar sen que confrontemos ideas e opinións.

A continuación débese dar á entrevista un cariz médico, preguntando por antecedentes médicos para introducirse pouco a pouco nos antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente orientase a entrevista a unha recollida de síntomas de menos a máis específicos

b. Interrogatorio

INTERROGATORIO

OBSERVACIÓNS

Síntomas depresivos

- Tristeza, tendencia ao choro
- Insomnio, diminución do apetito
- Dificultade de concentración, etc

Orienta a trastornos depresivos

¿Está axitado?	Se está axitado pasa a protocolo de axitación.
¿Presenta ideación suicida?	Se o presenta pasa ao protocolo de risco de autólise.
¿Presenta síntomas psicóticos?	Se os presenta pasa a protocolo de psicose.
Búsca de factores desencadeantes - Tóxicos, fármacos - Patoloxía orgánica - Problemas psicosociais	Pode orientar cara á etioloxía e tratamento do problema concomitante (ademais do tratamento de depresión).
Se non se encontran síntomas desencadeantes	Protocolo de trastorno depresivo.

3. RECOMENDACIÓNS

- Interrogarase o paciente sen présas e establecendo boa relación.
- escoitarase o paciente sen interrupcións.
- Daráselle información sobre a súa enfermidade que é depresión, cuxos síntomas son...
- Faráselle saber que comprendemos os seus sentimentos.
- Indicaráselle que procure estímulos positivos e ofrecerlle a nosa colaboración.

4. RESPOSTA

RESPOSTA

SINTOMATOLOXÍA

RECHAMADA

- Paciente que non toma correctamente o tratamento.
- Contorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URXENCIAS (**)

- Dificultade ou manexo do paciente.
- Non toma o tratamento.
- Falta de apoio social
- Contorno non colaborador
- Se sintomatoloxía intensa: inhibición, rexeitamento aos cuidados

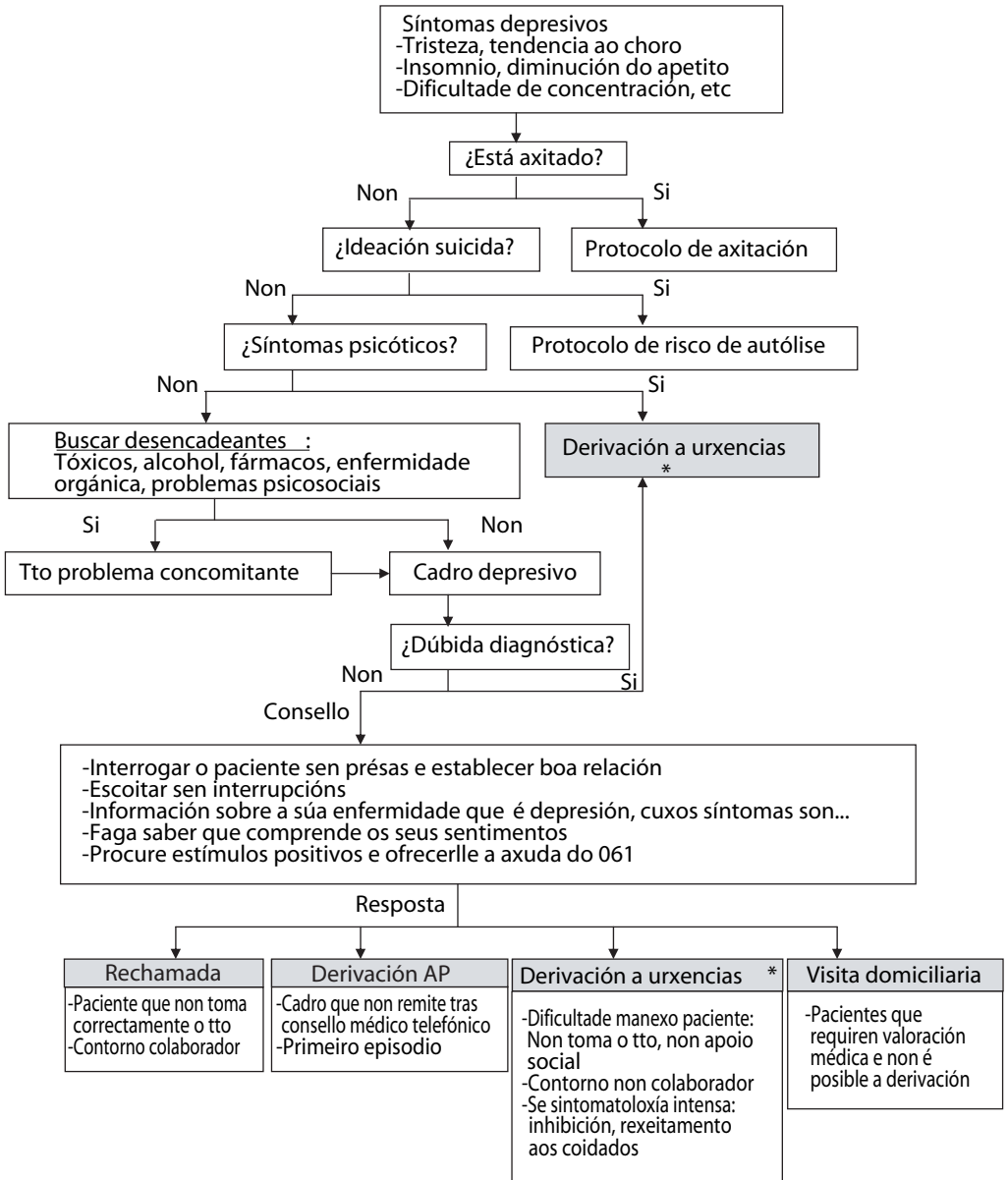
VISITA DOMICILIARIA

- Pacientes que requiren valoración médica e non é posible a derivación.

DERIVACIÓN A AP

- Cadro que non remite tras consello médico telefónico
- Primeiro episodio

(**) Derivaranse en ambulancia os pacientes que necesiten acudir a un centro de urxencias e non poidan ir polos seus medios

ALGORITMO DA DEPRESIÓN

*Se o paciente non pode ir polos seus medios será derivado en ambulancia

GUÍA DE ACTUACIÓN NO PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA

1. INTRODUCCIÓN

En toda consulta en que encontremos factores de risco para a conduta suicida debemos preguntarlle ao paciente se nalgún momento pensou en acabar coa súa vida, sen medo a ser indutores de ningún tipo de conduta e intentando que verbalice a súa idea suicida.

A partir dese momento debemos lograr empatizar o suficiente co paciente para lograr explorar o seu grao de intencionalidade e que acepte o noso ofrecemento de axuda a través dunha entrevista clínica aberta que lle permita a expresión dos seus sentimentos.

Como a comunicación se establece a través dun teléfono, debemos asegurar a posibilidade de acceso do equipo asistencial se for necesario.

Son factores de risco para a conduta suicida:

- sexo masculino
- idade maior de 45 anos
- historia de abuso de alcohol e drogas
- en paro ou xubilado, illamento social, inmigración, falta de expectativas, perda de categoría profesional
- solteiro/a, viúvo/a ou divorciado/a, mulleres sen fillos (situacións de soidade), perda ou separación recente
- enfermidade física ou psíquica grave, diagnóstico recente, descompensación psicótica actual con alucinacións auditivas, ideas delirantes de prexuízo, persecución ou ruína
- historia de abuso físico ou psíquico tanto actual como pasado
- intentos autolíticos graves previos

2. ACTITUDE QUE SE DEBE SEGUIR

INTERROGATORIO

¿Cal cre que é a causa desta situación? ¿encóntrase en situación de crise e/ou ao límite? ¿séntese só?

¿Cal é a súa situación laboral actual?

¿Agora está acompañado?

¿Consumiu alcohol e/ou drogas?

¿Ten algunha enfermidade que lle preocupe actualmente? ¿diagnosticáronlla recentemente? ¿toma algún tratamento? ¿sofre dor intensa que o incapacita para as súas actividades diarias?

OBSERVACIÓNS

As perdas recentes, a desesperanza, a soidade, o desemprego sen expectativas de resolución... como vimos son factores de risco importantes para a conduta suicida.

É tan importante a situación de desemprego recente sen expectativas ou de longa duración como a diminución de categoría profesional ou o acoso laboral (mobbing) con gran implicación emocional

Aumenta o risco se o paciente se encontra illado sen posibilidades de axuda de maneira rápida, porque indica un maior grao de intencionalidade.

Ao diminuír o autocontrol aumenta o risco de suicidio

A patoloxía orgánica ou psíquica grave é un importante factor de risco, así como o diagnóstico recente de enfermidade grave ou invalidante

¿Que pensa facer nun futuro próximo?

Valorar a existencia de plans e expectativas que poidan indicar por un lado baixo risco de suicidio e, por outro lado, permítenos ter argumentos de disuasión

¿Pensou en morrer nalgún momento da súa vida?

Se o paciente o nega pero detectamos factores de risco de suicidio ou pouca convicción na resposta debemos continuar coa entrevista, intentando que durante ela verbalice as posibles ideas de suicidio

¿Pensou como levalo a cabo?

Mayor risco en pacientes con ideas persistentes, que pensou un mecanismo de alta letalidade (aforcamento, precipitación...)

¿Usa, colecciona ou garda na casa algún tipo de arma? ¿ten acceso a velenos, tranquilizantes, antidepressivos, drogas...?

Á maior facilidade de acceso, maior é o perigo

¿Escoitou voces que outras persoas non poden oír? ¿pídenlle a súa vida?

Preguntar en caso de sospeita de descompensación psicótica ou cadro delirante

¿Algunha vez intentou suicidarse? ¿hai antecedentes na súa familia ou no seu medio de conduta suicida?

Interrogar sobre o número de intentos, métodos empregados e consecuencias. Aumenta o risco en intentos graves propios ou do contorno próximo

4. RESPONSA

RESPONSA

SINTOMATOLOXÍA

DERIVACIÓN AO
CENTRO DE URXENCIAS
DE AP**

- Paciente con risco leve

VISITA DOMICILIARIA

- Pacientes con risco leve que non aceptan derivación.

EMERXENCIA (médico
AP+ ambulancia 061+
forzas de seguridade)

- Paciente con risco moderado-grave* Intento autolítico consumado

**Risco moderado-grave:*

- Patoloxía orgánica e/ou psiquiátrica grave
- Consumo de alcohol e/ou drogas
- Manifestación explícita de desesperanza, percepción de non poder ser axudado nin poder loitar contra os problemas
- Ideas recorrentes de suicidio, planificación exhaustiva con acceso ao mecanismo de lesión de alta mortalidade e sen posibilidade de rescate
- Condutas autolíticas graves recentes

**Valorar sobre todo a tríade:*

- manifestación explícita de desesperanza
- percepción de non poder ser axudado
- incapacidade percibida para loitar contra os problemas

*** Serán derivados en ambulancia os pacientes que necesitan acudir a un centro de urxencias e non poidan acudir polos seus medios, SEMPRE COA SEGURIDADE DE QUE IRÁN ACOMPAÑADOS.

RECOMENDACIÓNS

O alertante é diferente ao paciente

- non abandonar en ningún momento o paciente.
- a persoa que acompañe o paciente debe ter a súa confianza, estar tranquila e non recriminar nin intentar convencelo. En caso de axitación ou condutas histriónicas debe permanecer tranquilo e manter o paciente nun ambiente controlado.
- retirar fármacos, alcohol, drogas, armas... dos sitios onde o paciente teña fácil acceso.
- se se vai trasladar o paciente en coche dar un número de teléfono móbil á Central de Coordinación do 061 e mantelo dispoñible.
- indicar que volvan chamar ao 061 ante calquera eventualidade durante o traslado ou ata a chegada do equipo asistencial.

O alertante é o propio paciente

- O médico coordinador do 061 debe ter claro que se o alertante é o propio paciente se trata dunha demanda de axuda.
- Debe intentar empatizar co paciente e que perciba a súa intención de axuda, permanecer tranquilo e con actitude non crítica, permitindo que o paciente fale libremente, verbalice a idea suicida e exprese os seus sentimentos, procurando interromper só naquelas ocasións onde se deba dirixir a entrevista ao aparecer algún indicio que deba ser explorado (por exemplo ideas de ruína).

- Non utilizar argumentos tales como “non hai motivos que xustifiquen a súa conduta”, senón que debemos intentar transmitir esperanza e mensaxes positivas (“o que lle pasa é unha enfermidade e ten cura”, “para solucionar un problema transitorio busca unha solución eterna“...).
- Intentar que o paciente dea o número de teléfono de alguén próximo que o poida acompañar.
- Indagar o número de teléfono fixo, se chama desde un teléfono móbil.
- En casos de alto risco e paciente só, manter o contacto telefónico continuo ata a chegada de asistencia.
- Tratar de conseguir identificar o nome do psiquiatra ou hospital de referencia onde estivese ingresado como posible medio de localización ou para coñecer os antecedentes persoais.

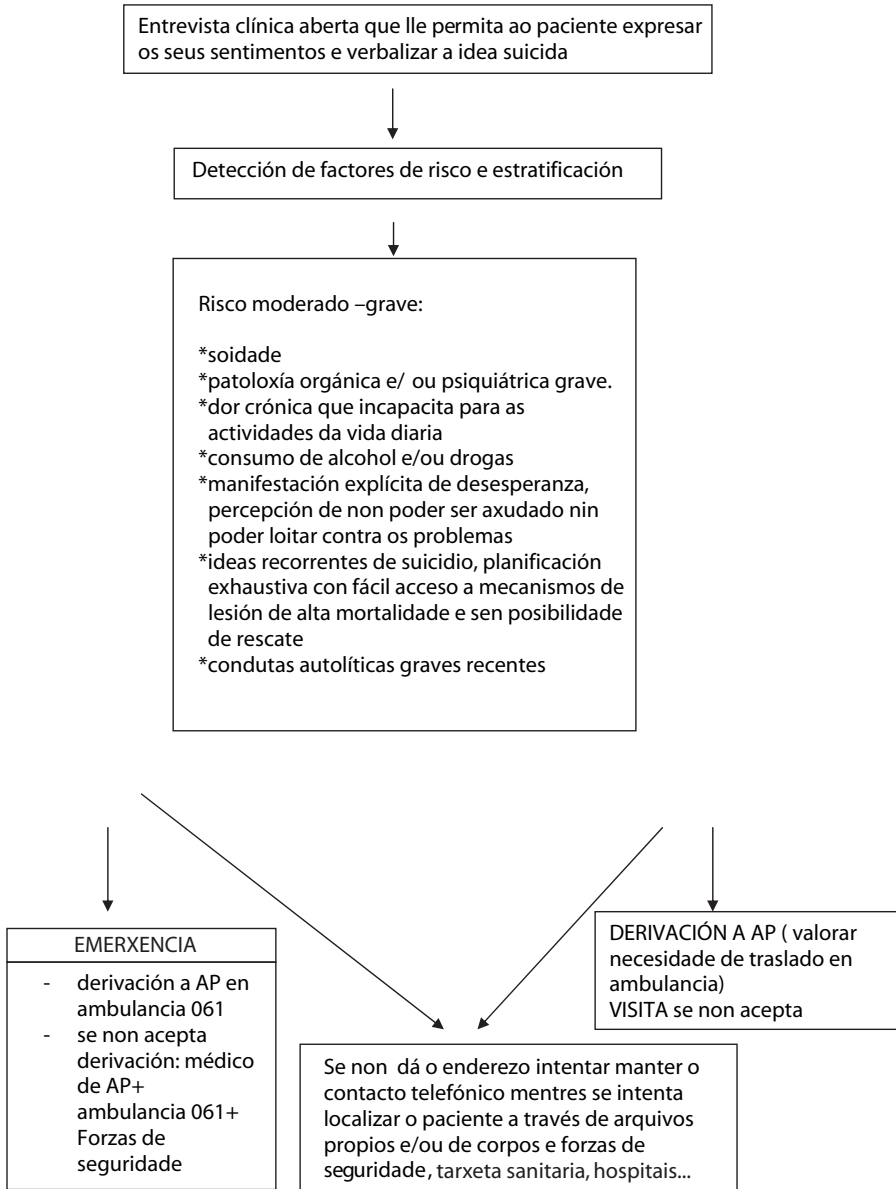
Recomendacións de actuación para o médico asistencial

En situacións de ideas de suicidio non sistematizadas nin recorrentes con compoñente manipulativo claro, sen factores de risco e bo soporte social e familiar o médico asistencial pode valorar a asistencia in situ e a derivación á USM a través dos circuítos establecidos.

Criterios de derivación urgente ao psiquiatra:

- *tentativa de suicidio seria
- *alta letalidade do plan suicida
- *condutas autolíticas graves recentes
- *trastorno psicótico
- *depresión severa
- *incremento na seriedade do pensamento suicida
- *circunstancias sociofamiliares de alto risco: soidade...

ALGORITMO DE IDEAS DE SUICIDIO VERBALIZADAS/INSINUADAS



GUÍA DE ACTUACIÓN NO PACIENTE CON ANSIEDADE

1. INTRODUCCIÓN

Os trastornos de ansiedade constitúen o grupo máis frecuente de trastornos psiquiátricos. A ansiedade é un estado caracterizado por un sentimento de medo acompañado de signos somáticos que indican hiperactividade do sistema nervioso autónomo.

2. ACTITUDE QUE SE DEBE SEGUIR

a. Interrogatorio

INTERROGATORIO

OBSERVACIÓNS

¿Padece dos nervios?

Se non padece pasará ao protocolo: alteracións da conduta

¿Presenta algunha enfermidade mental severa?

Se é un trastorno psicótico pasará ao protocolo correspondente.

Se é outra patoloxía, pasará ao protocolo de alteracións da conduta

¿Inxeriu alcohol, drogas ou fármacos?

Orienta a factores desencadeantes.

Preguntar polos antecedentes persoais ou pola súa situación social persoal

Pode orientar a algunha patoloxía específica. Se ata o momento non encontramos diagnóstico valoraremos os trastornos de ansiedade.

Sensación de ansiedade, vivencia de morte, descarga vexetativa.	Ansiedade paroxística episódica.
Medo desproporcionado a algo concreto	Fobias
Sentimento de dó, ansiedade xeneralizada	Outros trastornos de ansiedade

3. RECOMENDACIÓNS

3.1. En xeral

- Se o paciente está estuporoso, colocarémolo en posición lateral de seguridade.
- Se ten convulsións, indicaráselle a administración de benzodiazepinas i.v. (indicación a un médico).
- Se está axitado indicarase haloperidol ou benzodiazepinas v.o. (se as ten na casa e as tomou noutras ocasións) ou por outras vías en caso de médico asistindo ao paciente.

3.2. Tratamento específico

- Facilitarase a relaxación e conseguirase un ambiente tranquilo.
- O paciente será informado de que sofre unha crise de ansiedade.
- Se hiperventila indicaráselle a inspiración de aire expirado.
- Se se trata dun sentimento de dó: verbalización e escoita.
- Pódeselle indicar un ansiolítico de vida media curta (o que teña no domicilio e tomase noutras ocasións). En xeral alprazolam ou loracepam por vía sublingual.

4. RESPOSTA

RESPOSTA

SINTOMATOLOXÍA

RECHAMADA

- Crise en pacientes que xa están con tratamento, podendo facer pequenas modificacións neste
- Crise con precipitante claro e que se poida indicar toma de ansiolítico
- Contorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URXENCIAS (**)

- Dificultade no manexo do paciente
- Crise suxestiva de patoloxía orgánica*
- Primeiro episodio
- Contorno non colaborador
- Ansiedade que non remite tras consello médico telefónico

VISITA DOMICILIARIA

- Pacientes que requiren valoración médica e non é posible derivación

EMERXENCIA

Cadro psicótico con:

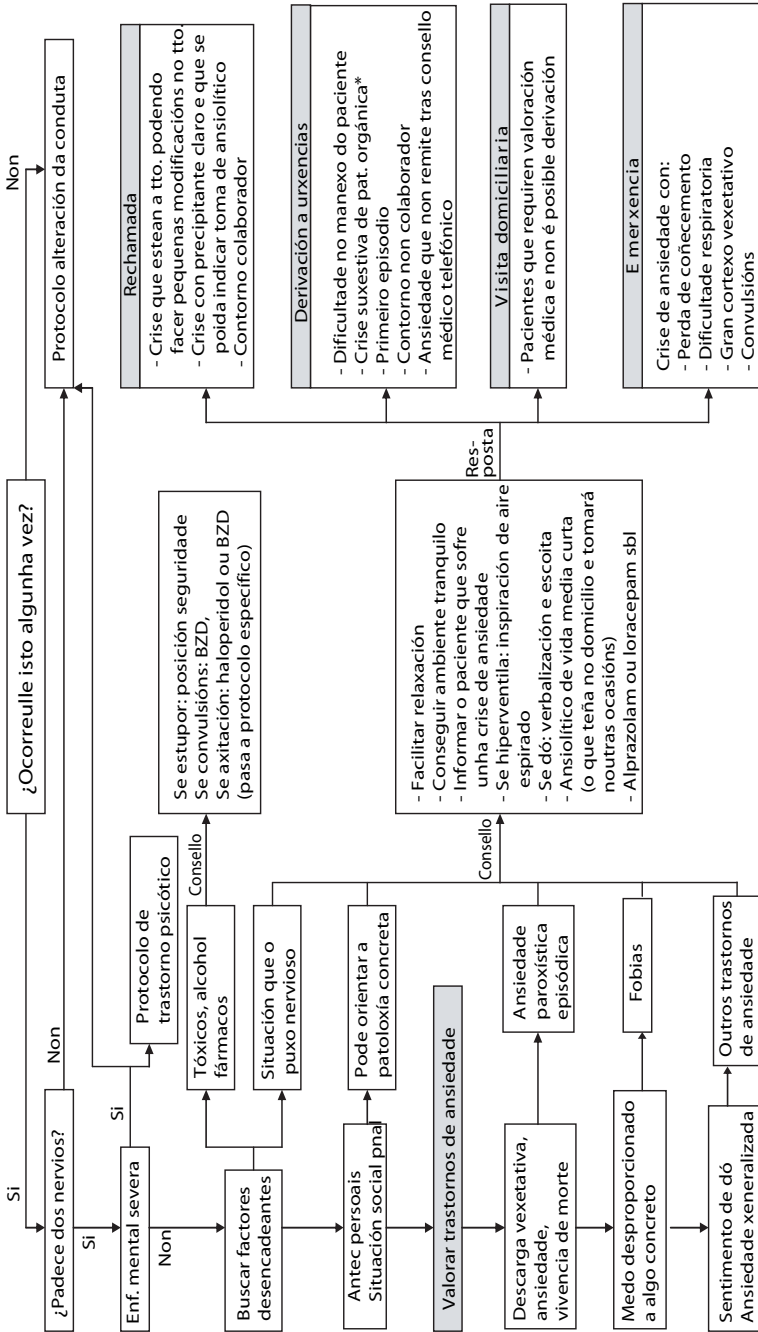
- Crise de ansiedade con:
- Perda de coñecemento
 - Dificultade respiratoria
 - Gran cortexo vexetativo
 - Convulsións

(*) Considéranse crises suxestivas de patoloxía orgánica:

- Maior de 40 anos
- Ausencia de acontecementos significativos que preceden ou exacerban os síntomas.
- Resposta escasa a tratamentos previos

(**) Serán derivados en ambulancia os pacientes que necesiten acudir a un centro de urxencias e non poidan ir polos seus medios.

ALGORITMO DE CRISE DE ANSIEDADE



* Maior 40 anos, ausencia de acontecementos significativos que preceden ou exacerban os síntomas, resposta escasa a ansiolíticos previos



Guía farmacológica

4

GUÍA FARMACOLÓGICA

A. INTRODUCCIÓN

Neste compendio de medicamentos de urxencias psiquiátricas inténtase explicar de forma sinxela os datos imprescindibles para un servizo de urxencias extrahospitalario, facilitando o manexo na práctica diaria destes fármacos.

Na guía inclúense o nome comercial, nome farmacolóxico, forma de presentación, mecanismo de acción, indicacións, dose e preparación, contraindicacións, efectos secundarios e interacción farmacolóxica, así como a categoría de risco fetal da FDA (Food and Drug Administration de EEUU) en cada fármaco.

Esta guía pretende ser dinámica aos posibles cambios que se realicen nun futuro, tanto os cambios farmacolóxicos como a retirada ou introdución de novos fármacos dentro do programa ACOUGO.

B. CLASIFICACIÓN DE RISCO FETAL DA FDA

A clasificación de factores de risco do uso de medicamentos durante o embarazo asigna a cada fármaco unha das seguintes categorías.

- **Categoría A** Estudos controlados en mulleres non demostraron risco para o feto durante o 1º trimestre (tampouco hai evidencias durante os trimestres posteriores), sendo remotas as posibilidades de risco fetal.
- **Categoría B** En estudos sobre animais xestantes non demostraron risco fetal pero non hai estudos controlados en mulleres xestantes. Tamén inclúe fármacos que en estudos sobre animais demostraron certo potencial teratóxeno pero non se puido confirmar en humanos.
- **Categoría C** En estudos sobre animais demostraron efectos adversos fetais, non existindo estudos controlados en mulleres xestantes.

Estes fármacos só se deben empregar cando o beneficio potencial xustifica o risco potencial para o feto.

- **Categoría D** Efectos teratóxenos sobre o feto humano, pero en ocasións o beneficio obtido co seu uso pode superar o risco esperado (uso en situacións límite de posible morte materna).
- **Categoría X** Estudos en animais ou seres humanos demostraron anomalías fetais.

Estes fármacos están contraindicados en mulleres que están ou poden estar embarazadas.

C. GUÍA FARMACOLÓXICA

ALPRAZOLAN (Trankimazin“ comp de 0,25, 0,5, 1 e 2 mg)

1. Mecanismo de acción

- Ansiolítico.

2. Indicacións

- Estados de ansiedade.

3. Dose/preparación

- A dose óptima deberá ser determinada individualmente.
- Para unha crise de ansiedade pode oscilar entre 0,5 e 2 mg (1 e 4 comp)/s.l. ou v.o.

4. Contraindicacións

- Sensibilidade coñecida a BZD.
- FDA, grupo B.

5. *Efectos secundarios*

- Os máis frecuentes son somnolencia, atordamento e mareo.

6. *Interacción farmacolóxica*

- Efectos depresores aditivos sobre o SNC, cando se administran xunto con outros axentes psicotrópicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, etanol e outros fármacos que de por si producen depresión do SNC

BIPERIDENO (Akineton" amp de 5 mg en 1 ml)

1. *Mecanismo de acción*

- Anticolinérxico.

2. *Indicacións*

- Enfermidade de Párkinson.
- Sintomatoloxía extrapiramidal debida a medicamentos.

3. *Dose/preparación*

- Dose: 2 mg - 5mg (1/2 amp – 1 amp) i.m ou i.v., que se poden repetir cada media hora ata un máximo de 4 doses en 24 h.
- Nenos: 0,04-0,1 mg/kg/dose, pódese repetir aos 30 min.

4. *Contraindicacións*

- Glaucoma agudo.
- Estenose mecánica do tracto gastrointestinal.
- Megacolon.

5. *Efectos secundarios*

- No SNC: mareos, obnubilación, axitación, confusión, trastornos da memoria, alucinacións e outros.
- A nivel periférico: sequidade de boca, trastornos da acomodación, hipohidrose, estrinximento, trastornos gástricos, hipoten-

sión, alteración da frecuencia cardíaca, trastornos da micción e outros.

6. *Interacción farmacolóxica*

- Con psicofármacos, antihistamínicos, antiparkinsonianos e espasmolíticos pode potenciar os efectos no nivel do sistema nervioso.
- A quinidina pode aumentar o efecto anticolinéxico.
- A levodopa pode potenciar as discinesias.
- Aumenta o efecto do alcohol.
- Antagoniza a metoclopramida.

DIAZEPÁN (Valium“ comprimidos 5 e 10 mg, amp 10 mg en 2 ml e Stesolid“ microenemas de 5 mg)

1. *Mecanismo de acción*

- Ansiolítico benzodiazepínico de acción prolongada. Facilita a unión do GABA ao seu receptor gabaérxico, incrementando a súa actividade.

2. *Indicacións*

- Ansiedade.
- Convulsións e status epiléptico.

3. *Dose/preparación*

- *Dose v.o.:* 10-20 mg
- *Dose i.m.:* 2.5 -10 mg
- *Dose i.v. inicial:* 2 mg/min/i.v. ata ceder a crise ou ata un máximo de 20 mg -2 amp. (Dilúese unha amp en 8 ml de SF e pasaranse 2 ml/min).
- *Perfusión:* 2 amp en 100 ml de SG ao 5% a 40 ml/hora.

- *En nenos:* 0,05-0,2 mg/kg/2-4 horas. Non status: 0,15-0,30 mg en 2 min sen pasar de 10 mg.
- *A vía rectal:* usarase se non temos vía i.v. ou como tratamento inicial das convulsións febrís. En nenos > 3anos: 10 mg (2 microenemas) e en nenos < 3 anos: 5 mg (1 microenema).
- *Precaucións:* pode ocasionar dor e flebite e trombose no sitio da inxección.

4. *Contraindicacións*

- Hipersensibilidade ás BZD.
- Miastenia gravis.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- Glaucoma de ángulo estreito.
- Síndrome de apnea do sono.
- Insuficiencia hepática severa.
- Intoxicación etílica aguda.
- Embarazo, categoría D.

5. *Efectos secundarios*

- Somnolencia, confusión, ataxia.
- Mareos, sedación, disartria, desorientación.
- Depresión respiratoria (pódese reverter con flumazenilo), hipotensión, bradicardia e outros.
- Ocasionalmente amnesia anterógrada, psicose, diplopía e outros.

6. Interacción farmacológica

- Potencian a súa acción: estróxenos, metoprolol, propranolol, cimetidina, disulfiram, fluoxetina, omeprazol, ácido valproico, alcohol, ADT e outros.

HALOPERIDOL (Haloperidol Esteve" gotas 2 mg/ml, vial 5 mg / 1 ml)

1. Mecanismo de acción

- Bloqueo dos receptores dopaminérxicos (D_1 e D_2), adrenérxicos (α_1 e α_2), muscarínicos e histamínicos (H_1 e H_2).

2. Indicacións

- Axitación psicomotriz.
- Estados psicóticos agudos e crónicos.

3. Dose/preparación

- *Dose v.o.*: 4 – 10 mg, 40-100 gotas (2-5 cc)
- *Dose i.m.e.i.v.* : de 5 a 10 mg (1-2 amp).
- *Nenos*: De 6-12 anos: 1-3 mg/dose/im/4-8 h. max de 0.15 mg/kg/d.
- *Precaucións*: débese administrar con precaución en pacientes de idade e anciáns debido á súa maior sensibilidade á sedación e hipotensión, así como en enfermidades cardiovasculares graves e na insuficiencia renal.

4. Contraindicacións

- Antecedentes de hipersensibilidade ao fármaco.
- Pacientes con depresión profunda do sistema nervioso central ou en estado de coma.
- Embarazo, categoría C.

5. Efectos secundarios

- Síntomas extrapiramidais.
- Síndrome neuroléptica maligna.
- Ocasionalmente: sedación, axitación, cefalea, vertixe, exacerbación aparente dos síntomas psicóticos, incluíndo alucinacións, taquicardia e hipotensión, reaccións de hipersensibilidade.

6. Interacción farmacolóxica

- A tiroxina pode facilitar a toxicidade do haloperidol.
- Pode potenciar a depresión do sistema nervioso producida por alcohol ou outros fármacos como hipnóticos, sedantes ou analxésicos potentes.
- Pode antagonizar o efecto da adrenalina e outros axentes simpaticomiméticos (excepto a noradrenalina).
- Non se debe asociar con levodopa.

OLANZAPINA (Zyprexa velotab 5 e 10 mg, vial de 10mg)

1. Mecanismo de acción:

- Derivado tienobenzodiazepínico que mostra afinidade polos seguintes receptores: 5-HT_{2A/2C}, 5-HT₃, 5-HT₆ de serotonina, D₄/D₃/D₁/D₂ de dopamina e por receptores muscarínicos, α ₁-adrenérxicos e H₁ histaminérxicos. Así pois ten maior afinidade polos receptores serotoninérxicos que polos dopaminérxicos.

2. Indicacións:

- Control da axitación psicomotriz en pacientes con estados psicóticos agudos en xeral e especialmente os de tipo maniaco.
- Non se debe administrar ou facelo con precaución en pacientes anciáns.

3. Dose/ Preparación:

- *Dose v.o.:* 5-10 mg _
- *Dose i.m.:* de 10 a 20 mg /24 horas por vía i.m. Diluír o vial que contén o po de olanzapina con 2ml de auga destilada.
- Pódese inxectar un novo vial dúas horas despois segundo o estado clínico do paciente e co fin de conseguir a sedación

4. Contraindicacións:

- Antecedentes de hipersensibilidade ao fármaco.
- Pacientes anciáns con calquera tipo de demencia en especial as demencias vasculares ou mixtas.
- Pacientes con risco coñecido de glaucoma do ángulo estreito.

5. Efectos secundarios:

- Síntomas extrapiramidais (moi pouco frecuentes)
- Hipotensión.

6. Interaccións farmacolóxicas:

- Debe ser utilizado con prudencia en pacientes que inxeriron alcohol.
- A fluvoxamina inhibe o metabolismo da olanzapina.

MIDAZOLAN (Dormicum" amp. de 15 mg en 3 ml)

1. Mecanismo de acción

- Hipnoindutor e sedante de acción rápida, (actúa sobre os receptores gabaérxicos).

2. Indicacións

- Indución e mantemento da anestesia.
- Sedación consciente.

3. Dose/preparación

- *Sedación consciente:* adultos 2,5 mg/i.v. en 30 sg. Repetirase segundo a resposta en cada caso. (Dose total media: 3,5-7,5 mg).

En anciáns ou pacientes debilitados iníciárase con 1 mg (dose media 3,5 mg), que se pasará nuns 2 min, (en indución de anestesia en 30 sg). En nenos: 0,15-0,20 mg/kg.

- *Perfusión*: diluiranse 2 amp. en 100 ml de SF ou SG 5% dose inicial de 2-16 ml/h. Diminuírase a dose se existe hipovolemia, vasoconstrición e hipotermia.
- *En nenos*: sedación: 0,15-0,20 mg/kg/i.v. e 0,2-0,5 mg/kg/vía nasal ou s.l. Perfusión: 1 amp en 100 ml de SF ou SG 5% que se pasará de 0,05-0,02 mg/kg/h.
- En caso de non ter vía i.v. pódese administrar vía s.c. ou i.m. Comezo de acción en 15 minutos.

4. *Contraindicacións*

- Hipersensibilidade ás BZD.
- Glaucoma de ángulo estreito.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Insuficiencia hepática severa.
- Miastenia gravis.
- Depresión do SNC.
- Embarazo, categoría D.

5. *Efectos secundarios*

- Somnolencia.
- Depresión respiratoria e apnea.
- Amnesia anterógrada.
- Náuseas, vómitos.
- Cefaleas.
- Síndrome de abstinencia.

6. *Interacción farmacolóxica*

Potencia o efecto depresor do SNC do alcohol, hipnóticos, neurolépticos, ansiolíticos sedantes, barbitúricos, derivados morfínicos e anestésicos.

Dado o seu metabolismo hepático, interacciona con varios fármacos con posible potenciación da súa acción: antagonistas do calcio, macrólidos.

Fármacos que iniben o seu efecto por indución do seu metabolismo, aminofilina, carbamacepina.

LEVOMEPRMAZINA (Sinogan" gotas 40 mg/ml, vial 25 mg /1 ml al 4%)

1. *Mecanismo de acción*

2. *Indicacións*

- Sintomatoloxía psicótica asociada con grande ansiedade, axitación psicomotriz severa e agresividade.

3. *Dose/ Preparación*

- *Dose v.o.:* 40-60 mg, 40-60 gotas (1-1.5 cc)
- *Dose i.m.:* 25 mg

4. *Contraindicacións*

- Antecedentes de hipersensibilidade ao fármaco.
- Débese utilizar con precaución debido á súa gran capacidade hipotensora, polo que, se é posible, antes de inxectalo se debe facer control da tensión arterial.
- Debido a que o alcohol aumenta o efecto sedativo dos neurolépticos, a levomepromazina debe ser utilizada con precaución en persoas que inxerisen esta substancia.
- Igualmente nas persoas que consumisen opiáceos.

5. *Efectos secundarios*

- Hipotensión ortostática
- Extrapiramidais (moi pouco frecuentes).



Bibliografía

5

BIBLIOGRAFIA

- 1 Cruz Jentoft, A.J. et a.; Presentación atípica de enfermedades. En: Rivera Casado, J.M. et a.; Geriátría en Atención Primaria. Ed. Uriach. Barcelona 1997; 27-33.
- 2 Daroff, R.B. et a; Desvanecimiento, síncope, mareo y vértigo. En: Fauci, A.S. et a; Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 1998, 114-116.
- 3 Ferrandiz Santos, J.; et a; Fármacos que pueden causar síntomas psiquiátricos. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, número 10, diciembre, 2000; 702-713.
- 4 Fuentes Vigil, J. et al. Aprendiendo a ser empático. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, Número 8, Octubre, 2000; 538-539.
- 5 Galindo Ortiz de Landázuri, J. et a.; Agitación e insomnio en pacientes demenciados. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, número 7, agosto-setembro, 2000; 473-482.
- 6 Jeffery C Hutzler, Douglas A. Rund; Trastornos de conducta: valoración y estabilización en la sala de urgencias. En: En: Tintinalli, J.E. et al.; Medicina de Urgencias. 2º edición en español. Ed. McGraw Hill. 1997. Pax. 1628-1634.
- 7 López-Ibor Aliño, J.J.; Psicosis aguda, delirium y agitación psicomotriz. En: Carrasco Jiménez, Mª. S. et a.; Tratado de Emergencias Médicas. 1º Edición. Ed. Aran. Madrid, 2000, 1737-1742.
- 8 López Espadas et a.; Traumatismo craneoencefálico. En: Carrasco Jiménez, Mª. S. et a.; Tratado de Emergencias Médicas. 1º Edición. Ed. Aran. Madrid, 2000, 1081-1085.
- 9 Martín Álvarez, M. et al. Deterioro cognitivo en el anciano. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, número 6, xuño-xullo, 2000; 388-394.
- 10 Pérez Blanco, J.; Pérez Solá, V.; Ansiedad. Crisis de ansiedad. En: Lloret, J. Et a.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3º edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997. Páx. 926-930.

- 11 Roper A. H.; Traumatismos craneales y de la columna vertebral. En: Fauci, A.S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Páx. 2720-2730.
- 12 Victor I. Reus, Transtornos mentales. En: Fauci, A.S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Páx. 2831-2849
- 13 Alison J. Whelan e Sunita Muthua; Cuidados del Paciente en Medicina Interna; Capítulo 1; En: Charles F. Carey e Col.; Manual Washington de Terapéutica Médica ; Masson, S.A; 10ª Edición; Barcelona;1999: 1-28.
- 14 Barranza Díaz,E e Col.; Psicosis; Capítulo 48; En: Guzmán Delgado, C. C. y Col.; Manual de Urgencias Médico Quirúrgicas; McGraw-Hill Interamericana; México;1998: 385-390.
- 15 Busto del Prado, F e Col.;Urgencias Psiquiátricas, Intervenciones en crisis y Violencia; Capítulo 10;En enfermería y Urgencia; Arán Ediciones; S.A; Madrid; 2001: 209-231.
- 16 Eric Legome; Agitación y Psicosis; Capítulo 1; En: Davis, Mark A. y col; Signos y síntomas en Medicina de Urgencias; Harcourt S.A; Barcelona;1999: 1-10.
- 17 Jonathan N. Adler e Col.;Urgencias Psiquiátricas; Capítulo 15; En: Medicina de Urgencia, NMS, Manuales Clínicos; McGraw-Hill Interamericana, editores, S.A; México; 2000: 189-193.
- 18 JonathanWasserberger, M. D e Col; Manejo del Paciente violento, Capítulo 115; En: Markovchick Vicent, J.; Secretos de la Medicina de Urgencias; McGraw-Hill Interamericana, editores S.A; México; 2000: 562-564.
- 19 Kenneth Tardiff, M. D.;Violencia; Capítulo 37; En: Robert E Hales y Col.; Tratado de Psiquiatría;Editorial Masson; 3ªEdición;Barcelona;2000: 1401-1420.
- 20 Pérez Moreno; R. e Col.; El paciente agresivo; En :Moya Mir, M. S.;Guía de Actuación en Urgencias; Editorial McGraw-Hill-Interamericana, 1ª Edición; Madrid; 1999: 308-310.

- 21 Moratal Margarit, R.;Modulo Neurológico; En : Manual de Protocolos en Emergencias Extrahospitalarias; Grupo Aran ediciones, S.A.;2000: 68-78.
- 22 Robert Y. Simon, M. D.;Ley y Psiquiatría; Capitulo 41; En : Robert E. Hales y Col.;Tratado de Psiquiatría; Editorial Masson; 3ª Edición; Barcelona; 2000:1489-1526.
- 23 Rovira Gil, E.; Urgencias Psiquiatricas; Capitulo 30; En Rovira Gil, E.;Urgencias en Enfermería; Enfermería S21,Difusión Avances de Enfermería; Madrid;2000: 511-521.
- 24 Sarro Martín, B e Col; Agitacion Psicomotriz; Capitulo 14 B; En: Pere Antoni Soler y Josep Gascon; Recomendaciones Terapéuticas en Trastornos Mentales; Editorial Masson; 2ª Edicion; Barcelona; 1999: 273-279.
- 25 Dordil F.; El Síndrome de Agitación Psicomotriz; En: Urgencias en Psiquiatría; Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; Editorial Edos; Barcelona;1993: 45-52.
- 26 Jiménez Arriero M. A. e Sartorius Calamai N.; Valoración y tratamiento del enfermo psiquiátrico; En: Jesús Medina Asensio; Manual de urgencias médicas; 12 de Octubre; Editorial Díaz de Santos S.A.; Madrid;1998: 253-277.
- 27 Hyman S.E; El paciente violento; Capitulo 5; En: Manual de Emergencias Psiquiátricas; Edit. SALVAT; 2ª Edición; Barcelona;1990: 27-35.
- 28 Barreira P.J.; Depresión. En S.E. Imán y G.E. Tesar. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3ª edición. Ed Masson 1996. Páx. 133-145.
- 29 Kaplan H.I. y Sadock B.J. Depresión. En Manual de Psiquiatría de Urgencias. 1ª edición. Ed Panamericana.1996. Páx. 198-202
- 30 Civeira M, Pérez A, Corbera M. Urgencias en Trastornos del Estado de Ánimo. En Urgencias en Psiquiatría. Ed Grafimac . 1ª edición. 2003. Páx. 59-66.
- 31 Trastornos de ansiedad. En Kaplan-Sadock, Psiquiatría clínica. Waverly Hispánica S. A.; 3 Ed.2003: 160-175



Presentación

La enfermedad psíquica es un problema de salud frecuente que conlleva, como en otras muchas patologías, momentos de gravedad o urgencia en los que es necesaria una intervención rápida y eficaz para garantizar la salud y la seguridad del paciente. La respuesta a estas demandas es muy específica, pero sencilla si se tienen los conocimientos necesarios de como manejar las crisis y las opciones asistenciales de las que se dispone.

Atención primaria, urgencias, salud mental, 061, fuerzas de orden público e instituciones judiciales están implicadas en la mayoría de las urgencias psiquiátricas. Así vemos que la asistencia a la patología psíquica grave es urgente en la comunidad, supone un gran esfuerzo de coordinación entre diferentes niveles que sobrepasan lo puramente asistencial.

Por otra parte se necesita una serie de conocimientos mínimos para dar una respuesta de calidad a todos los usuarios del 061 con problemas de salud mental urgentes. La elaboración de un manual básico de la urgencia psiquiátrica y la difusión de este va hacer que la asistencia sea más homogénea, de calidad y con la posibilidad de mejora continua.

Este manual de procedimientos es una guía en la que se establecen los pasos a seguir en cada una de las urgencias psiquiátricas más comunes: psicosis, depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, trastorno de la conducta en general. Se da información de como abordar la relación con el paciente, las diferentes vías de derivación en función de su estado, orientación sencilla para una entrevista y diagnóstico adecuado e incluso manejo farmacológico del caso. Se respetan siempre los derechos fundamentales de las personas afectadas y se da la información pertinente para que esto sea así. Siempre sin perder de vista los diferentes actores implicados en las intervenciones, definiendo su lugar y condiciones de actuación.

Todo esto es posible gracias a la colaboración, reflejada en este trabajo, entre la Fundación 061 y el programa de salud mental y su disposición para establecer vínculos, que están promoviendo y consiguiendo el logro de estos objetivos, cuyo desarrollo colocaría a nuestra Comunidad Autónoma en un lugar de referencia en la atención a las crisis y a las urgencias psiquiátricas comunitarias y a domicilio.

M^a José Rubio Vidal

Conselleira de Sanidade

1	Programa Acougo: Introducción	
1.1.	Introducción	87
2	Procedimiento general	95
3	Guías de actuación en:	101
3.1.	Alteración de conducta	103
3.2.	Traslado involuntario.	115
3.3.	Paciente agitado	119
3.4.	Paciente con psicosis	125
3.5.	Paciente con depresión.	131
3.5.	Paciente con ideación suicida	135
3.5.	Paciente con ansiedad	143
4	Guía farmacológica.	147
5	Bibliografía	159



Introducción

1

1.1 Introducción

Justificación

El 061 es el número al que cualquier usuario de la Comunidad Autónoma de Galicia puede llamar por un problema sanitario urgente. Supone una puerta de entrada al sistema, sobre todo en situaciones de urgencia y emergencia. Las llamadas al 061 relacionadas con problemas de salud mental son de sintomatología diversa por lo que las respuestas emitidas son variables, pudiendo resolverse con o sin movilización de recursos.

La telemedicina se ha convertido en uno de los instrumentos más útiles para tratar pacientes a distancia. Así lo están demostrando distintas experiencias, sobre todo en la atención a pacientes de zonas rurales con más dificultad para el acceso a la consulta.

Con motivo de la puesta en marcha del Programa de salud mental en Galicia a través del *número de teléfono 061* se hace necesaria la especificación de un procedimiento único de coordinación y asistencia para toda la comunidad.

Por todo ello se describen las siguientes actuaciones:

- 1.- Descripción de un PROCEDIMIENTO GENERAL.
- 2.- Desarrollo conjunto de guías de actuación para la atención de distintas patologías psiquiátricas desde la primera llamada al 061 hasta la asistencia y/o traslado del paciente.

Actualización

Este procedimiento, así como los protocolos asociados al mismo, se modificarán siempre que haya cambios en las condiciones externas.

El sistema de actualización es el siguiente:

Los responsables del seguimiento realizarán las propuestas que consideran necesarias, acompañadas de la argumentación de las mismas.

La aprobación definitiva de los cambios corresponde a la comisión responsable que se reunirá con periodicidad semestral.

Una vez aprobado, se editará la nueva versión / actualización que se renumerará y fechará de nuevo.

Difusión

El sistema de difusión de los procedimientos y guías será el siguiente:

Se entregará un ejemplar a cada miembro fijo de cada uno de los servicios participantes.

Se facilitará un ejemplar para su lectura a los miembros ocasionales de todos los servicios participantes.

Se advertirá a todo el personal de los servicios participantes la obligatoriedad de conocer el procedimiento y las guías.

Se establecerán sesiones de difusión del procedimiento y las guías con una periodicidad anual entre el personal de todos los servicios participantes, con la finalidad de mantenerlo siempre vivo y actualizado.

La comunicación de las actualizaciones o nuevas versiones del procedimiento y de las guías se realizará de la misma forma antes expuesta. El responsable de la difusión es también responsable de dar a conocer las nuevas versiones y actualizaciones.

Evaluación

Se formará una Comisión Mixta de Evaluación y Seguimiento del procedimiento y guías que estará formada por los mismos miembros responsables de su actualización.

Se recogerá información consistente en:

- Actividad y explotaciones de los servicios atendidos por el 061 de pacientes con sospecha de patología psiquiátrica.

- Documentación bibliográfica y actualizaciones de los servicios implicados.
- Incidencias de ambos servicios.

A partir de esta documentación se elaborará un informe por parte de cada uno de los servicios implicados que será discutido en sesión por los integrantes de la Comisión de Evaluación y Seguimiento quien, en función de las conclusiones extraídas, realizará las propuestas para la introducción de los cambios necesarios.



Procedimiento general

2

1.- PROCEDIMIENTO GENERAL

1. El 061 es el número de referencia para la atención de las llamadas relacionadas con sintomatología psiquiátrica urgente de la Comunidad Autónoma de Galicia.
2. **Cualquier usuario puede llamar para solicitar atención sanitaria urgente.** Los usuarios pueden ser pacientes, sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad, jueces, etc.
3. El 061 sólo realiza el traslado urgente de pacientes con destino a los servicios de atención sanitaria urgente de Atención Primaria y atención urgente hospitalaria de referencia que le corresponda por zona.

El 061, tras recibir la llamada, recogerá los datos de localización o los recuperará del archivo de pacientes registrados en el programa y podrá resolver la llamada de varias formas distintas:

Sin movilización de recursos:

- Información sanitaria.
- Consulta médica telefónica.
- Derivación a Atención Primaria
- Intercomunicación con psiquiatría del área.

Con movilización de recursos

- Médico de Atención Primaria (AP)
- RTSU - ambulancia asistencial.
- USVA - ambulancia de soporte vital avanzado
- Otros

La intercomunicación con el psiquiatra de guardia la realizará *siempre* el médico coordinador del 061, tras valorar la situación y considerar necesario el asesoramiento por parte de atención especializada.

En casos extraordinarios, el médico coordinador del 061, una vez que haya comentado el caso con el psiquiatra de guardia y, previo acuerdo, podrá poner en contacto al usuario con este último.

4. Horarios de atención:

-En horario de atención ordinaria: HAO:

La derivación de los pacientes a las consultas ordinarias de las Unidades de Salud Mental (U.S.M.) por razones de urgencia, se deberá realizar a través del médico de cabecera correspondiente, acompañado de informe o volante de interconsulta urgente a Psiquiatría.

En casos excepcionales el 061 podrá derivar directamente los pacientes a las consultas de las U.S.M. tras acuerdo previo telefónico con el psiquiatra correspondiente.

En caso de Emergencia se derivará directamente al Servicio de Urgencias Hospitalario correspondiente (se han elaborado guías de actuación orientativas).

-En horario de atención continuada: HAC:

Los pacientes que necesiten atención psiquiátrica urgente pueden ser derivados a los servicios de Atención Primaria o al servicio de Urgencias del hospital de referencia. Se intentará que los pacientes trasladados en ambulancia a los servicios de urgencias hospitalarios sean valorados previamente por un médico (ya sea de A.P. o del 061)

5. Localización del psiquiatra de guardia: en HAC se podrá contactar con el psiquiatra de guardia en cada una de las áreas de Salud Mental vinculadas a los complejos hospitalarios, a través de la centralita del hospital correspondiente.

- Santiago: Presencia física en el Hospital Provincial de Conxo. Presencia física en el Hospital Clínico Universitario.

- A Coruña: Presencia física en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo.
- Lugo: Guardia localizada en el Hospital Xeral.
- Ourense: Presencia física en el Hospital Santa María Nai.
- Pontevedra: Presencia física en el Hospital Provincial.
- Ferrol: Presencia física en el Hospital Arquitecto Marcide
- Vigo: Guardia localizada en el Hospital Meixoeiro.
Presencia física en el Hospital Nicolás Peña.

6. Solicitud de ambulancia al 061 por el especialista en psiquiatría: cuando un psiquiatra (habitualmente en HAO), tras realizar la valoración de un paciente, considere necesario su traslado urgente en ambulancia al hospital, deberá llamar él mismo al 061 para realizar la solicitud de la ambulancia e indicar cómo y a dónde se debe realizar el traslado.

Si considera que el traslado se puede demorar (según la evolución del paciente en el transcurso de unas horas) deberá dejar un informe a la familia o entorno del paciente, indicando específicamente si es necesario el *traslado urgente en ambulancia y el destino*. Indicará la necesidad de solicitud de autorización judicial por parte de la familia si se precisase.

En este último caso será la familia o el entorno del paciente quien se ponga en contacto con el 061. En el caso de surgir problemas para el traslado el médico coordinador del 061 valorará de nuevo al paciente ayudado por el médico de A.P. o contactará con el psiquiatra de guardia de la zona.

7. El traslado urgente involuntario, ya sea de un paciente agitado o no, ha sido consensuado entre las distintas instituciones implicadas, según el Protocolo general firmado por la Consellería de Sanidad, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Justicia, Interior y Administración Local para el traslado e ingreso no voluntario y urgente de personas con enfermedad o trastorno mental (anexo 1).

8. Con el fin de realizar de forma adecuada la atención a los **pacientes psiquiátricos** y las derivaciones de los mismos, el 061 utilizará la información registrada en la tarjeta sanitaria.
9. Para el **seguimiento y análisis de este procedimiento** se creará una Comisión Mixta de Evaluación y Seguimiento entre el Servicio de Salud Mental y el 061 que analizará las incidencias que se produzcan.
10. Las **incidencias desde las U.S.M. o de los servicios hospitalarios de urgencias psiquiátricas** se enviarán al Servicio de Salud Mental a través del responsable del área correspondiente. Las incidencias desde el 061 se enviarán a la dirección que corresponda.



Guías de actuación

3

GUÍA DE ACTUACIÓN EN ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

1. INTRODUCCIÓN

Se trata de describir los principios del interrogatorio psiquiátrico y orgánico que realiza un médico a través del teléfono en el caso de pacientes con alteraciones del comportamiento. La anamnesis es una herramienta efectiva para evaluar estos trastornos. Es importante recordar que los pacientes psiquiátricos pueden sufrir patologías orgánicas y en ocasiones alteraciones de la conducta secundarias a las mismas.

El interrogatorio irá dirigido fundamentalmente a reconocer signos o síntomas de gravedad en el paciente, valorando el estado general y, una vez descartados estos signos, es cuando orientaremos el interrogatorio hacia una posible patología psiquiátrica. Son fundamentales las tres primeras preguntas para orientarnos en el interrogatorio.

Si tras este interrogatorio logramos identificar signos que nos orienten hacia una patología psiquiátrica específica pasaremos a su interrogatorio correspondiente.

2. ACTITUD A SEGUIR

a. Introducción

Si se habla con el propio paciente, se intentará mostrar interés y establecer buen contacto o empatía con el mismo.

Una forma es repitiendo parte de la información que transmite al teleoperador que atiende la llamada para confirmarle al paciente que el médico percibe su problema y al mismo tiempo establecer una relación de empatía.

Se intentará decir frases empáticas como: "Comprendo como se siente...".

- El interrogatorio se comenzará preguntándole por aspectos generales para pasar posteriormente a aspectos más delicados si colabora.

b. Interrogatorio

INTERROGATORIO

OBSERVACIONES

¿Desde cuando está así?

- Brusco (son pocas las conductas psiquiátricas que surgen bruscamente)

- Infecciones del SNC, hipoglucemia, abstinencia por alcohol y estupefacientes, intoxicaciones, hemorragia intracraneal, crisis comicial, TCE, hipoxia, insuficiencia aguda de un órgano. No se debe descartar una patología psiquiátrica.

- Paulatino (horas-días)

- Puede orientar tanto a patología psiquiátrica como orgánica. Síndrome confusional agudo (fluctúa en el día)

¿A que atribuye esta conducta o situación o que lo ha desencadenado?

- Puede orientar el interrogatorio desde el principio. Ver si el paciente ha tenido episodios similares otras veces.

Valoración signos vitales

- Estado respiratorio

* Taquipnea,

- Fiebre, acidosis metabólica, TEP, insuficiencia cardíaca, neumonía, crisis de ansiedad.

- Estado cardíaco

*Taquicardia, palpitaciones

- Fiebre, hipertiroidismo, TEP, insuficiencia cardíaca, neumonía, ansiedad, psicosis.

- *Bradicardia

 - Hipertensión intracraneal (más frecuente), hipotiroidismo, Stokes-Adams.
- Temperatura

 - Meningitis, crisis tirotóxica, vasculitis, abstinencia por sedantes y alcohol, procesos inflamatorios e infecciosos.
- *Fiebre
- *Hipotermia

 - Alteraciones endocrinas con hipofunción, intoxicaciones, patología dermatológica, sepsis, disfunción del SNC.
- ¿Ha llevado algún golpe?

 - Frecuentes y desapercibidos en agitados, lesiones craneoencefálicas.
- ¿Contracciones o sacudidas?

 - Lesión neurológica, crisis de histeria, trastornos disociativos. Extrapiramidalismo. Hay que descartar el resto de patología orgánica citada.
- ¿Le entienden las palabras que pronuncia? ¿Se le ha paralizado algún miembro?

 - Pueden orientar a un problema neurológico, delirium y todas sus causas, trastorno conversivo.
- Valoración de orientación*

¿Sabe en donde está, conoce a sus familiares, que día es?

 - Demencia, delirium, amnesia psicógena, fuga psicógena, y como siempre se descartarán cuadros orgánicos como intoxicaciones.

Valoración del afecto.

¿Qué sentimientos tiene?

-Ansiedad

Cualquier patología orgánica antes citada puede producirlo.

- Cuadro de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, fobias, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo).

-Tristeza

- Trastornos afectivos (depresión mayor, trastorno bipolar, distimia, trastorno esquizoafectivo).

-Euforia, irritable, excitado

- Episodio maniaco, trastorno esquizoafectivo, psicosis.

Valoración del pensamiento

Alteración del curso:

Desestructurado, incongruente

Alteración del contenido:

Delirios

Delirio o alucinaciones visuales: más frecuentes en cuadros orgánicos. Cuadro psicótico, enf. SNC (neoplasia, demencia, vasculitis, epilepsia,..), patología Endocrina (hipo-hipertiroidismo, Cushing, Addison,..), metabólicas (hipoglucemia, encefalopatía hepática, urémica, hipoxia, hipercapnia), fármacos (digital, corticoides, AINES, antibióticos, cimetidina, estimulantes, simpaticomiméticos,..), drogas (alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas,..).

Valoración de la percepción:

Alucinaciones

Alucinaciones auditivas: más frecuente en la esquizofrenia.

Alucinaciones olfativogustativas: más frecuente en epilepsia.

Ilusión o distorsión de formas: más frecuente tras la ingesta de alucinógenos.

Hormiguelo, disestesias: cuadros de ansiedad.

Insectos por la piel: intoxicación por cocaína, delirium tremens.

Antecedentes personales

- VIH+
- Patología neurológica: cualquier cambio previo indica patología orgánica.
- Exposición a tóxicos, metales pesados, u otros peligros laborales.
- Patología cardiorrespiratoria.
- Medicamentos que toma: fundamentalmente incidir en sedantes e hipnóticos, psicotrópicos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, salicilatos, antipalúdicos, diuréticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antimicrobianos o bromuros, pueden producir delirio o un cuadro psicótico.
- Patología psiquiátrica.

Antecedentes familiares y sociales personales

- Pueden identificar las causas desencadenantes del estrés en el medio en que se desenvuelve el paciente.

3. RECOMENDACIONES

1. Si el paciente presenta alteraciones en la orientación:

- 1.1. Si se **sospecha demencia** se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol, 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).
- 1.2. Si se **sospecha delirium**, el paciente deberá permanecer acompañado de otra persona en todo momento, se adoptarán medidas de protección (retirar objetos con los que pueda hacerse daño y si es necesario se procederá a la contención mecánica del paciente) y se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol, 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).
- 1.3. Si se **sospechan trastornos disociativos** (fuga psicógena, amnesia psicógena) se procurará un ambiente seguro y estable.

Se ayudará al paciente a elaborar los episodios dolorosos de su pasado hasta alcanzar las razones por las que mantiene la disociación.

2. Si el paciente presenta un trastorno afectivo:

- 2.1. En el caso de **trastorno de ansiedad** se debe facilitar la relajación, acostando al sujeto en la camilla, consiguiendo un ambiente tranquilo, invitándolo a que cierre los ojos, respire profundo y lento y no piense en nada.
 - Se deben promover maniobras de distracción, como centrar la atención en otras cosas: preguntarle por datos personales, cuantos años tiene, de donde es, etc...
 - El paciente debe ser informado de que sufre una crisis de ansie-

dad y de que no hay peligro para su vida; es conveniente explicarle lo que es una crisis de ansiedad y el grado de malestar que puede llegar a ocasionarle, pero evitando decir que “no tiene nada”, pues, además de no ser cierto, equivale a no tomárselo en serio y eso aumentará el nivel de angustia.

- Si hay hiperventilación, es útil poner una bolsa sobre la nariz y la boca a fin de que respire en ambiente hipercápnico y reducir así la hipocapnia y alcalosis secundaria a la hiperventilación. Hay que descartar previamente por anamnesis que el paciente padezca cualquier enfermedad que favorezca de base la hipoxemia o la hipercapnia crónicas, que contraindicarían la maniobra. Debe evitarse el cubrir totalmente la cabeza y el usar bolsas opacas que impedirían ver si el paciente se pone cianótico.
- Medicación ansiolítica para el episodio agudo: lo mejor es indicar benzodiazepinas de vida media corta. No obstante se indicará una que tenga en el domicilio, que haya tomado previamente y que no le sentara mal. Se puede utilizar el alprazolam, 0.5-1 mg si o vo pudiéndose repetir la dosis a los 15-20 minutos, si es preciso.
- Psicoterapia de apoyo: realizar un inventario de las situaciones que producen ansiedad y analizar con el paciente las sensaciones asociadas a las mismas. Explicar el significado de sus síntomas y ayudar al paciente a interpretar de un modo más benigno las vivencias y sensaciones físicas molestas asociadas a su ansiedad. Si presenta contracturas musculares utilizar técnicas de relajación.

2.2. En la reacción por duelo, el paciente se beneficia de la verbalización y escucha de la pena, expresando los sentimientos que en su momento no pudo expresar, se le harán preguntas como ¿qué tal acepta la pérdida?, ¿cree que lo ha superado? etc. Posteriormente se modificará la memoria del fallecido con preguntas como

¿recuerda algún momento feliz con el fallecido?, recordando recuerdos positivos. Finalmente se concienciará al paciente para que asuma las responsabilidades habituales o nuevas de la vida como ¿se ha dado cuenta de lo que le necesitan sus hijos o padres, etc..?

- 2.3. Trastorno depresivo:** psicoterapia de apoyo, se le transmitirá al paciente mensajes como padece usted una enfermedad que se llama depresión que cursa con síntomas como (citar los síntomas del paciente) y necesita al menos 15-20 días para notar algo de mejoría. Recordarle que es muy importante la toma constante del tratamiento. Se destacarán los pequeños logros que vaya consiguiendo.

Se le informará a la familia del proceso y no se le presionará para la toma de decisiones. Al mejorar se le estimulará para la reincorporación sociolaboral.

- 2.4. En los casos de psicosis o manía** se hará el mismo planteamiento que en la esquizofrenia.

3. Si el paciente presenta trastornos del pensamiento:

- 3.1. Lo más frecuente es que se produzcan por alteraciones orgánicas** por lo que las recomendaciones serán las de tratar el cuadro orgánico propiamente dicho y se le puede administrar haloperidol, 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

- 3.2. En el caso de esquizofrenia** se tratará de actuar sobre la familia para que apoye al paciente (educación con respecto a la naturaleza de la enfermedad, recomendándoles que eviten discutir con el paciente los contenidos del pensamiento.) Al mismo tiempo intentarán disminuir al máximo el estrés ambiental. Si es necesario se reajustará la medicación durante las crisis.

- 3.3. En la epilepsia**, si el paciente está convulsionando, se intentará colocarle algún objeto entre los dientes, evitando sujetarle y tratando de protegerlo para que no se golpee contra los objetos circundantes; cuando la convulsión haya cesado, se recomendará colocar al paciente en posición lateral de seguridad.
- 3.4. En casos sugestivos de delirium tremens** se procurará que el paciente permanezca en un entorno seguro, actitudes tranquilizadoras y la administración de BZD (diazepam 5mg vo) y traslado inmediato a un centro hospitalario.
- 3.5. En el caso de intoxicaciones** se tranquilizará al paciente y acompañantes a través del teléfono, manteniendo al paciente en un lugar seguro, relajado y con un acompañante tranquilo.
- Si el paciente está estuporoso se colocará en posición lateral de seguridad. Si el tóxico es conocido se intentará inducir el vómito mediante estimulación orofaríngea digital o con un objeto romo (excepto en intoxicaciones por ácidos, álcalis, derivados del petróleo, anticonvulsivantes o en pacientes con disminución del nivel de conciencia).
 - Si el paciente convulsiona se recomendarán benzodiazepinas y si el paciente está agitado se recomendará haloperidol o benzodiazepinas.
 - Si se envía un médico se monitorizará al paciente con mantenimiento de las constantes hemodinámicas.
 - Si el tóxico es desconocido, se administrará O₂ a alto flujo (salvo intoxicación por paraquat), glucosa 20-30 mg/iv (Glucosmon R-50), naloxona 0.01 mg/kg/iv, tiamina 1-2 mg/kg/iv y flumacenil 0.2-0.3 mg/iv.
 - Si el tóxico es conocido se aplicarán las medidas específicas según el tóxico (Ver manejo inicial de las intoxicaciones en

Manual de urgencias prehospitalarias 061). Algunas a destacar son: Intoxicación por CO₂ administrar O₂; en intoxicación por opiáceos, naloxona; por benzodiazepinas, flumacenil; por organofosforados, atropina; por atropina, fisostigmina y por alucinógenos, sintomático.

4. RESPUESTA

RESPUESTA

SINTOMATOLOGÍA

RELLAMADA

- Demencia senil a tratamiento con agitación leve en los que se puede hacer pequeñas modificaciones de medicación, con entorno familiar colaborador.
- Agitación, disestesias, ansiedad con entorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)

- Conducta que entrañe peligro.
- Dificultad para el manejo del paciente.
- Familia no colaboradora que no pueda garantizar el control del paciente.
- Cualquier alteración de la conducta que sugiera patología orgánica leve.
- Patología que no remite tras la rellamada.
- Tras la ingesta de fármacos o estupefacientes.

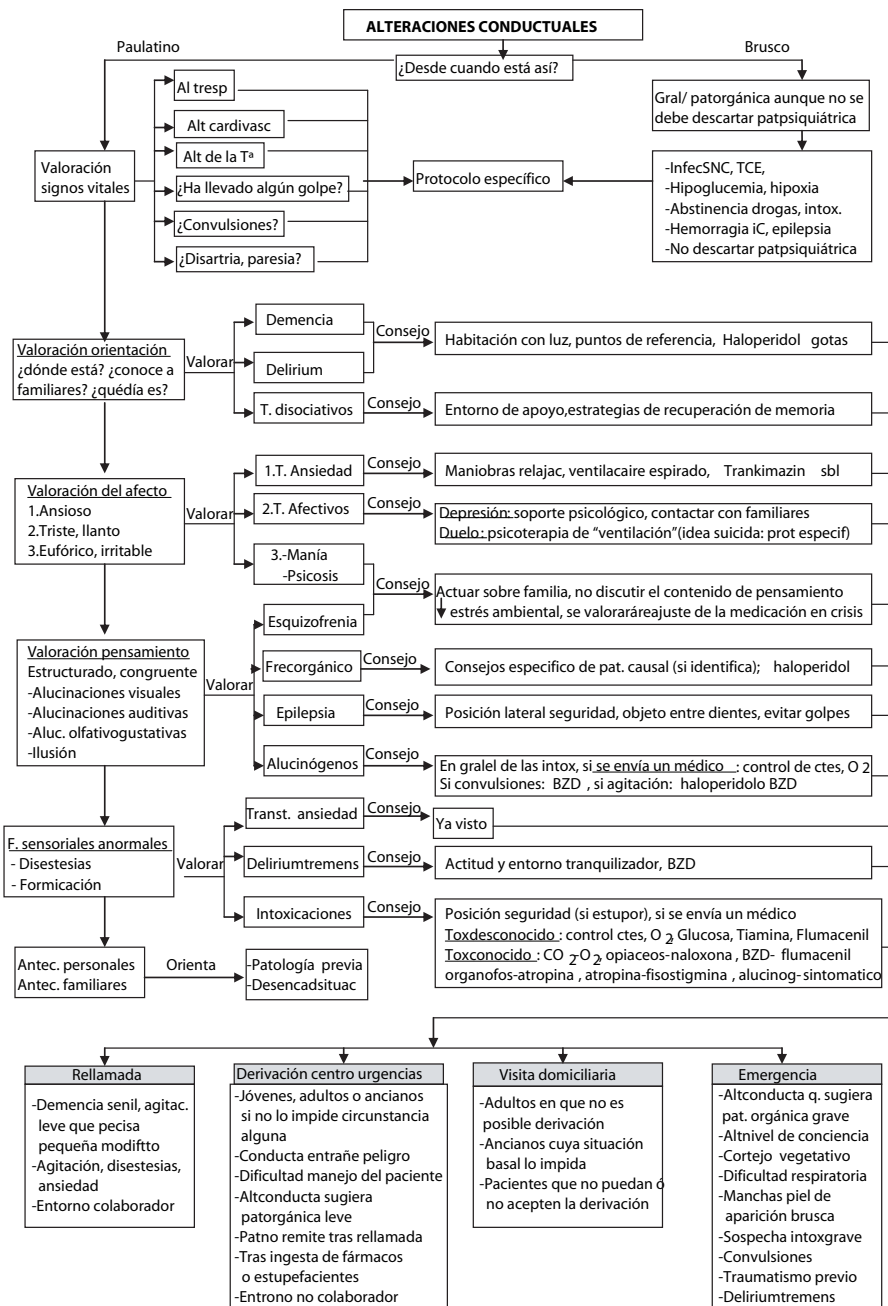
VISITA DOMICILIARIA

- Adultos o ancianos cuya situación basal impida el traslado.
- Pacientes que no puedan o no acepten la derivación.
- Situaciones en las que se considere más adecuada la atención in situ dentro del entorno del paciente (demencia descompensada, duelo intenso, etc)

EMERGENCIA

- Cualquier alteración de la conducta que sugiera patología orgánica grave.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Cortejo vegetativo.
- Dificultad respiratoria.
- Manchas en la piel de aparición brusca.
- Sospecha de intoxicación.
- Convulsiones.
- Traumatismo previo
- Delirium tremens.
- Conducta que pueda entrañar peligro para el propio paciente o para los que le rodean.

(*) Se derivarán en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.



GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL TRASLADO INVOLUNTARIO

1. INTRODUCCIÓN

Es frecuente que el médico de urgencias sea requerido para atender enfermos mentales que no colaboran en la exploración y/o no acceden a ser trasladados a un centro sanitario. Es decir, no prestan su consentimiento a la actuación médica.

Pero, ¿cómo se actuará en estos casos? Se trata de proporcionar al paciente la ayuda médica que precisa respetando los derechos civiles. Debemos tener claro que el paciente tiene un déficit grave de la competencia para prestar su consentimiento a la asistencia sanitaria que requiere.

Si conocemos previamente la existencia de una Autorización Judicial para el ingreso del enfermo la situación se simplifica notablemente.

2. CUESTIONES GENERALES ACERCA DE LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS

2.1. Quien puede ser internado “por razón de trastorno psíquico”

Patología psiquiátrica grave que implica riesgo para el paciente o para terceros en la que el facultativo considere que el paciente es incapaz para decidir.

2.2. Quien puede solicitar el internamiento

Cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable (por analogía de art. 757).

Ascendientes, descendientes, hermanos, etc.

Cualquier persona puede poner en conocimiento del Ministerio Fiscal hechos que pueden ser determinantes de internamiento.

2.3. Quien puede decidir el internamiento

El Juez de Primera Instancia.

2.4. Procedimientos

- No urgente: la medida la adopta el juez tras una serie de trámites legales.
- Urgente: la medida la adopta el médico que lleva a cabo el ingreso urgente. Debe comunicar dicha medida al juez (plazo máximo de 24 horas). El tribunal, una vez que tenga conocimiento de la noticia y en máximo de 72 horas deberá ratificar el ingreso. Si deniega la autorización para el ingreso, el paciente debe ser dado de alta hospitalaria inmediatamente.

2.5. Ejecución de internamiento involuntario

El juez adoptará su decisión en *forma de auto*. En el caso de una orden judicial el facultativo deberá proceder al ingreso del paciente y no podrá darle el alta en tanto no lo autorice el juzgado.

En el caso de una autorización judicial se permite a los facultativos decidir el ingreso del paciente aún en contra de su voluntad. A pesar de la existencia de una autorización judicial los médicos pueden no llevar a cabo el ingreso si no lo creen indicado. En los ingresos por autorización judicial el médico puede decidir el momento de cese del internamiento, dando de alta al enfermo y comunicándolo inmediatamente al juzgado competente.

El 24 de febrero del año 2004 se firmó el Protocolo general sobre traslados e ingresos no voluntarios e urgentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia” entre la Consellería de Sanidad, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Justicia, Interior y Administración Local (ver anexo 1). En él se consensúa, entre las distintas administraciones implicadas, el traslado involuntario urgente del paciente psiquiátrico.

3. GUÍA DE ACTUACIÓN

- Si conocemos previamente la existencia de una autorización judicial para el ingreso del enfermo la situación se simplifica notablemente. Que probablemente no sea competente para consentir su traslado y/o ingreso es algo que de forma implícita se contempla en la intervención judicial. Además se contará y se valorará la presencia de las fuerzas y cuerpos de seguridad.

- Si no tiene autorización judicial previa se valorará si el traslado es de carácter urgente.
- Si no lo es, se derivará a su médico de cabecera o a su especialista de área.
- Si el traslado es de carácter urgente, la primera medida a tomar es la contención psíquica (llamar al paciente por su nombre y presentarnos, actuar sin prisas, actitud firme y tranquilizadora, no hablarle en voz alta y agresiva, disminuir en lo posible el número de personas presentes, intentar la comunicación verbal y escuchar al paciente con atención y ayudarle a expresar sus sentimientos, obviar las discusiones baldías, etc).
- Si accede al traslado, se procederá al mismo. En caso contrario se intentará sedación farmacológica voluntaria.
- Si colabora se trasladará al hospital.
- Si no colabora se procederá a la contención física para lo que solicitaremos el auxilio de las fuerzas y cuerpos de seguridad (protocolizado por acuerdos institucionales).

Una vez sujetado el paciente se procederá a administrarle tratamiento farmacológico i.v. o i.m.

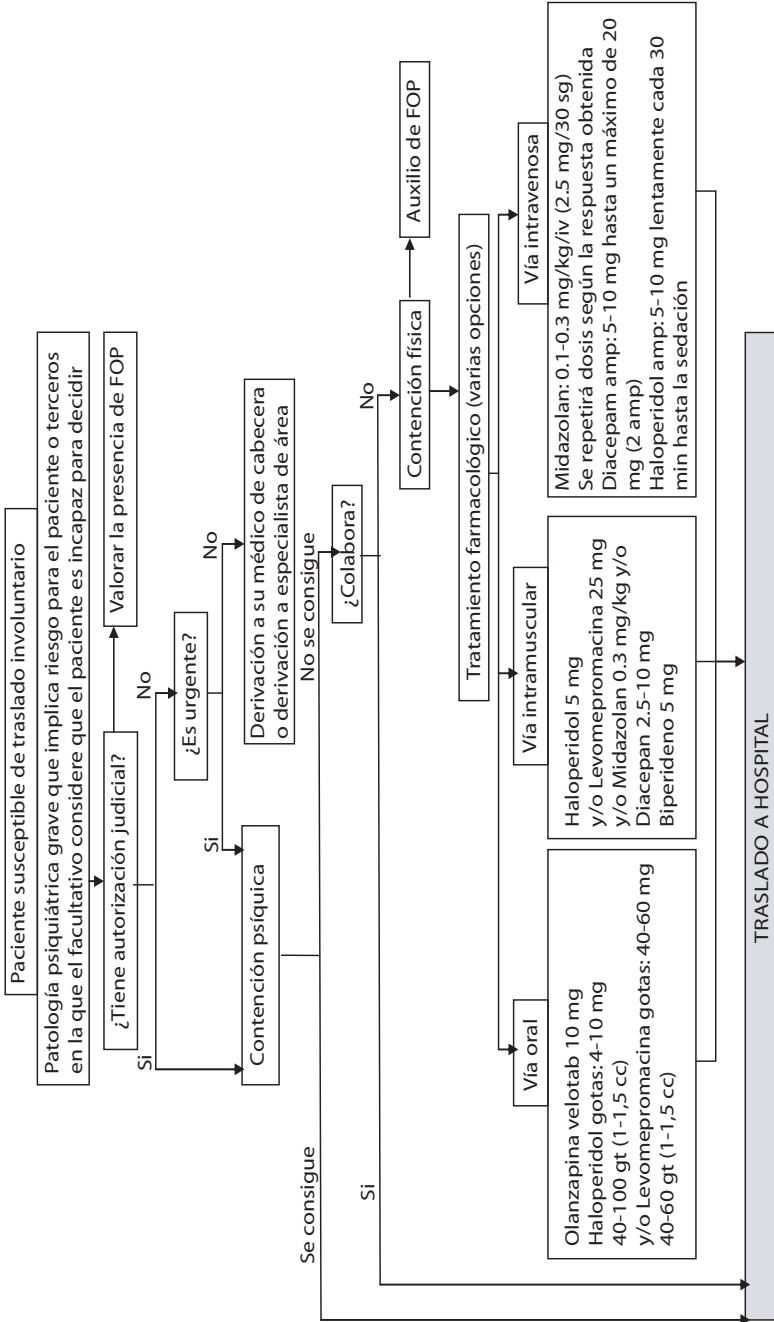
Como alternativas proponemos diferentes vías de administración y fármacos que dependerán de diversos factores como el grado de agitación, fármacos disponibles, manejo terapéutico, etc.

Por vía oral proponemos haloperidol gotas: 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc) y/o Levomepromazina 40-60mg (40-60 gotas, 1-1.5 cc) u olanzapina velotab 10 mg o diacepam: 10-20 mg o lorazepam 1mg

Por vía intramuscular proponemos haloperidol 5 mg y/o levomepromazina 25 mg y biperideno 5mg o diacepam: 2.5-10 mg o midazolan: 0.3 mg/Kg, repetir según respuesta

Por vía intravenosa proponemos haloperidol 5 mg 5-10 mg lentamente cada 30 min hasta sedación o diacepam 2mg/ml hasta un máximo de 20 mg o midazolan 0.1-0.3 mg/kg/iv, repetir según respuesta obtenida

TRASLADO INVOLUNTARIO



GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE AGITADO

1. CONCEPTO

Síndrome en el que aparece estado de exaltación motora acompañado de ansiedad, cólera, pánico o euforia, según los casos. Puede haber desinhibición verbal y falta de conexión de ideas.

2. CLASIFICACIÓN

La etiología de este síndrome debe ser descartada siguiendo el siguiente orden:

2.1. Agitación orgánica

Lo más frecuentes son los cuadros tipo *delirium*. Las causas más habituales son:

Tóxicas (*)	Metabólicas	Neurológicas	Otras
Simpaticomiméticos	Hipoglucemia	TCE	Arritmias
Anticolinérgicos	Hipo/hipertiroidismo	Tumores cerebrales	Valvulopatías
Neurolépticos	Hiperparatiroidismo	Anoxia cerebral	Anafilaxia
Digital	Alt. electrolíticas: Mg,Ca,Na	Demencias	Hipoxia
Cafeína	Fiebre	Infecciones SNC	Hipercapnia
Psicoestimulantes	Síndrome carcinoide	Epilepsia lóbulo temporal	Sepsis
Abstinencia de alcohol o sedantes.	Feocromocitoma	Confusión postictal	
	Encefalopatía urémica, hepática	ACVA	
	Enfermedad de Cushing	HTA	
	Enfermedad de Addison	IAM, angor	

(*) En general cambios bruscos de niveles plasmáticos de fármacos con alguna actividad sobre SNC, especialmente en grupos predispuestos como ancianos, consumidores de drogas, etc.

2.2. Agitación psiquiátrica

Distinguimos dos tipos: las psicóticas y las no psicóticas.

a. Psicóticas:

- Esquizofrenia (delirios de persecución o perjuicio, alucinaciones auditivas, etc)
- Manía (verborrea, aumento de autoestima, hiperactividad, ideas y delirios acerca de riqueza y poder).

b. No psicóticas: crisis de angustia (ataques de pánico).

2.3. Agitación reactiva

a. Ante situaciones catastróficas.

b. Ante situaciones de desconexión sensorial (por ejemplo tras las intervenciones oftalmológicas o en la UCI).

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Historia clínica

- a. Antecedentes médicos y psiquiátricos del paciente y familiares.
- b. Ingesta de sustancias tóxicas.
- c. Enfermedad actual: forma de inicio, características y duración del cuadro.

3.2. Exploración

- a. Exploración física: general y neurológica (en la medida de lo posible).
- b. Valoración psiquiátrica: orientación, atención, estado afectivo, presencia de delirios y alucinaciones.

3.3. Valoración de la existencia de signos somáticos de riesgo vital: cianosis, anoxia, anafilaxia, hipoglucemia, etc.

4. TRATAMIENTO

4.1. Medidas de seguridad.

- a. Lo primero es garantizar la seguridad del personal y del propio paciente.
- b. Si el paciente tiene armas y se niega a entregarlas, no se valorará; se avisará a la policía y no se intentará detenerlo.
- c. Se crearán espacios abiertos y con poca gente (los paranoicos se sienten arrinconados en distancias interpersonales normales).
- d. Se fomentará la verbalización. La entrevista debe ser tranquila, dándole confianza al paciente. A veces esta medida disminuye por sí sola el estado de agitación. Si es insuficiente se recurrirá a medidas físicas.
- e. Se valorará el riesgo de violencia inminente:
 - Tono de habla grave, amenazante y vulgar.
 - Elevada tensión muscular (tensar los brazos, sentarse en el extremo de la silla).
 - Hiperactividad (deambular por la habitación).
 - Golpear puertas o mobiliario.
 - Historia previa de violencia o agitación.
 - Sexo masculino, joven.
 - Alucinaciones.

4.2. Contención física

- Nunca debemos contener físicamente al paciente si no contamos con los medios ni con el personal suficiente.
- La reducción de un paciente violento se debe hacer con un equipo como mínimo de 5 personas, en la que una ejerce además de coordinador.

- Se valorará la presencia de cuerpos y fuerzas de seguridad.
- Tras la contención, es el momento de la evaluación física, mental y valoración de la sedación.
- Una vez pasada la crisis el paciente debe ser informado del motivo de la misma y liberado gradualmente.

En todos los casos que precisen hospitalización involuntaria, el responsable del centro en el que ingresa debe informar a la autoridad judicial correspondiente y hacer el informe pertinente, en un plazo máximo de 24 horas.

4.3. Medidas de soporte vital (ABC)

4.4. Medidas generales

- a. Constantes: TA, T^a, FC.
- b. Monitorización cardiaca.
- c. Pulsioxímetro-saturación de O₂.
- d. Glucemia.
- e. Vía venosa periférica (si es necesario).

4.5. Medidas específicas

a. Agitación o ansiedad leve

Lo primero será aplicar medidas de contención psíquica. Si se consigue se le dará el alta in situ al paciente o se valorará el derivarlo al hospital.

Si no se consigue, se tratará igual que la agitación moderada.

b. Agitación moderada:

En este grado de agitación procederemos al tratamiento farmacológico.

Como alternativas proponemos:

- DÍACEPAM vo o sl 10-20 mg.

- Haloperidol gotas 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc).
- Loracepan vo o sl comp.1 mg, 2,5 mg.
- Levomepromazina 40-60mg (40-60 gotas, 1-1.5 cc).
- Olanzapina velotab 5 o 10 mg.
- Si dispusiéramos de BZD , con vida media más larga, las dosis equivalentes son las siguientes:

5 mg de diazepam = 1 mg lorazepam = 7.5 mg cloracepato dipotásico.

- Si el paciente mejora se valorará si se le da el alta in situ o si se deriva al hospital.
- Si el paciente no mejora se enviará al hospital.

c. Agitación grave que precisa sedación rápida y eficaz:

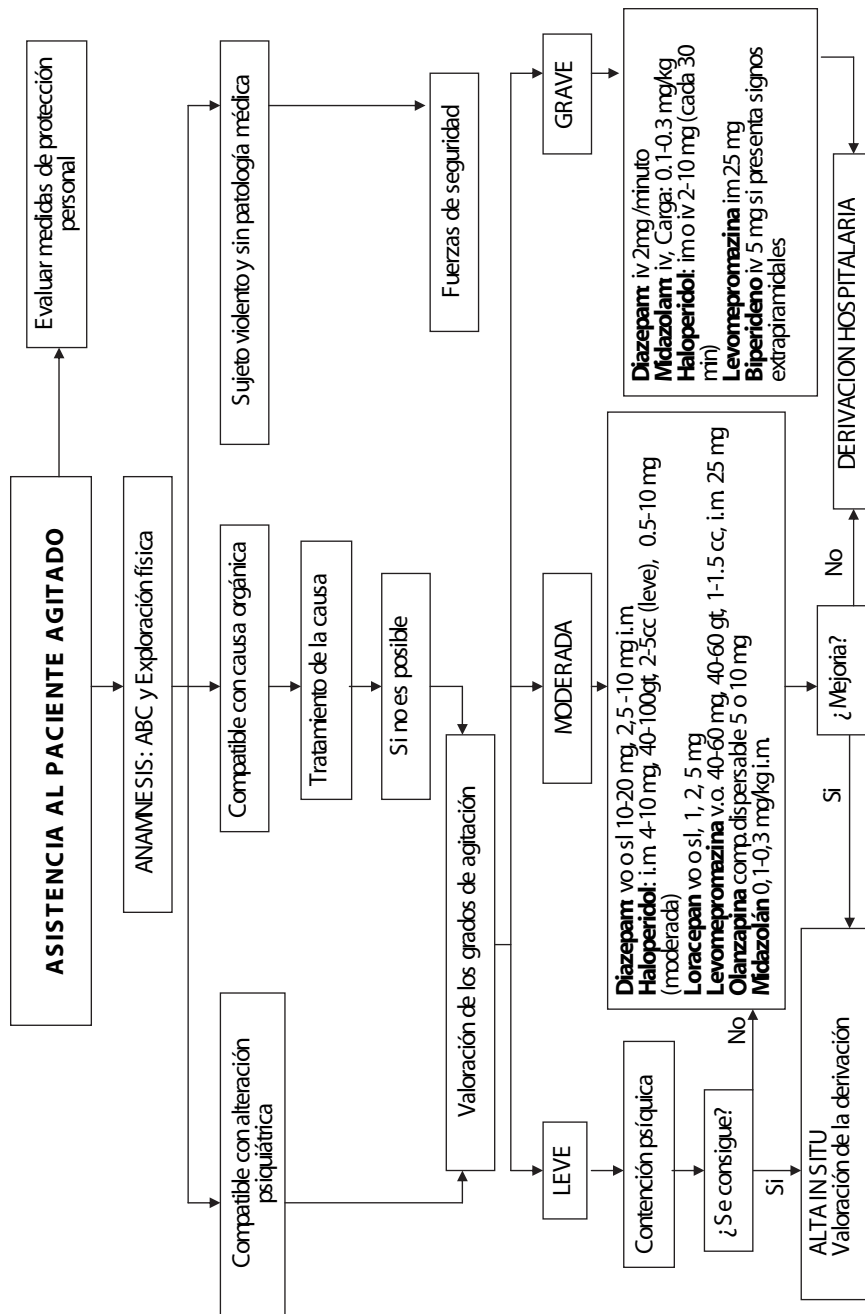
i.m.: haloperidol 0,5 -10 mg y/o levomepromazina 25 mg o diazepam 2,5-10 mg o midazolán 0,1-0,3 mg/kg repetir según respuesta.

iv: Midazolán ampollas 0,1-0,3 mg/kg i.v. o diazepam 2 mg/min o haloperidol 2-10 mg (se puede repetir cada 30 minutos)

Se puede asociar biperideno 5 mg para evitar efectos extrapiramidales (disonías, rigidez, laringoespasmos).

4.6. Criterios de derivación y/o traslado al hospital

- a. Reagudización y alteraciones psiquiátricas, para valoración por el psiquiatra.
- b. Orgánicas: cuando precisen observación, pruebas complementarias hospitalarias y tratamiento correspondiente. En aquellos pacientes en los que solucionemos la causa desencadenante, podemos valorar su permanencia en el domicilio.



GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE CON PSICOSIS

1. INTRODUCCIÓN

Debe dejarse un primer momento de entrevista abierta, en el que el paciente pueda explicarse sin que confrontemos ideas y opiniones.

A continuación se le debe dar a la entrevista un cariz médico, preguntando por antecedentes médicos para introducirse poco a poco en los antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente se orientará la entrevista a una recogida de síntomas de menos a más específicos.

2. ACTITUD A SEGUIR

A. Interrogatorio

INTERROGATORIO

¿Presenta algún signo de psicosis?

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento cata-tónico o desorganizado

OBSERVACIONES

- Si no los presenta pasaremos al protocolo de alteraciones de la conducta
- Si presenta alguno de los anteriores signos pasaremos a la siguiente pregunta

Búsqueda de factores desencadenantes:

- Tóxicos
- Alcohol
- Fármacos

Puede orientar el interrogatorio desde el principio.

- Existen alteraciones de memoria u orientación

—————→ Demencia

- Alucinaciones visuales

—————→ Delirium

- Focalidad neurológica

—————→ Causa orgánica

Presenta alucinaciones auditivas, ideas delirantes (control, adivinación de pensamiento)

Esquizofrenia y diagnósticos relacionados

Valoración de síntomas maníacodepresivos

Depresión psicótica
Manía

3. RECOMENDACIONES

3.1. En el caso de ingesta de tóxicos, alcohol o fármacos se tranquilizará al paciente y acompañantes a través del teléfono, manteniendo al paciente en un lugar seguro y relajado con un acompañante tranquilo.

- Si el paciente está estuporoso se colocará en posición lateral de

seguridad. Si el tóxico es conocido se intentará inducir el vómito mediante estimulación orofaríngea digital o con un objeto romo (excepto en intoxicación por ácidos, álcalis, derivados del petróleo, anticonvulsivantes o en pacientes con disminución del nivel de conciencia).

- Si el paciente convulsiona se recomendarán benzodiazepinas y si el paciente está agitado se recomendará haloperidol o benzodiazepinas.
- Si se envía un médico se monitorizará al paciente con mantenimiento de las constantes vitales.
- Si el tóxico es desconocido, se administrará O₂ a alto flujo (salvo intox por paraquat), glucosa 20-30 mg/iv (Glucosmón R-50), naloxona 0.01 mg/kg/iv, tiamina 1-2 mg/kg/iv y flumaceniil 0.2-0.3 mg/iv.
- Si el tóxico es conocido se aplicarán las medidas específicas según el tóxico (Ver manejo inicial de las intoxicaciones en Manual de urgencias prehospitalarias 061). Algunas a destacar son: Intoxicación por CO₂, O₂; por opiáceos, naloxona; por benzodiazepinas, flumaceniil; por organofosforados, atropina; por atropina, fisostigmina y por alucinógenos, sintomático.

3.2. Si se sospecha demencia se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

3.3. Si se sospecha delirium, el paciente debe permanecer acompañado de otra persona en todo momento, se adoptarán medidas de protección (retirar objetos con los que pueda hacerse daño y si es necesario se atará al paciente) y se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

- 3.4. Si el paciente presenta **alucinaciones auditivas, ideas delirantes o signos maníaco-depresivos**, interrogaremos al paciente sin prisas, estableciendo una buena relación, escuchándole sin interrupciones y parafraseando lo que dice de vez en cuando. Intentaremos evitar interpretaciones negativas y bromear sobre el tema, no corregir ni apoyar el delirio. Se le hará saber que comprendemos sus sentimientos ofreciéndole ayuda.
- Si el paciente está agitado (ver algoritmo de agitación psicomotriz).
 - Si llegamos a una presunción diagnóstica trataremos de ajustar la medicación que el paciente tiene en su domicilio o que estaba tomando previamente.

4. RESPUESTA

RESPUESTA

SINTOMATOLOGÍA

RELLAMADA

- Paciente que no toma correctamente el tratamiento
- Crisis con precipitante claro y se pueda indicar toma de ansiolítico
- Entorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (**)

- Dificultad manejo paciente
- Crisis sugerente de patología orgánica(*)
- Primer episodio
- Entorno no colaborador
- Cuadro que no remite tras consejo médico telefónico

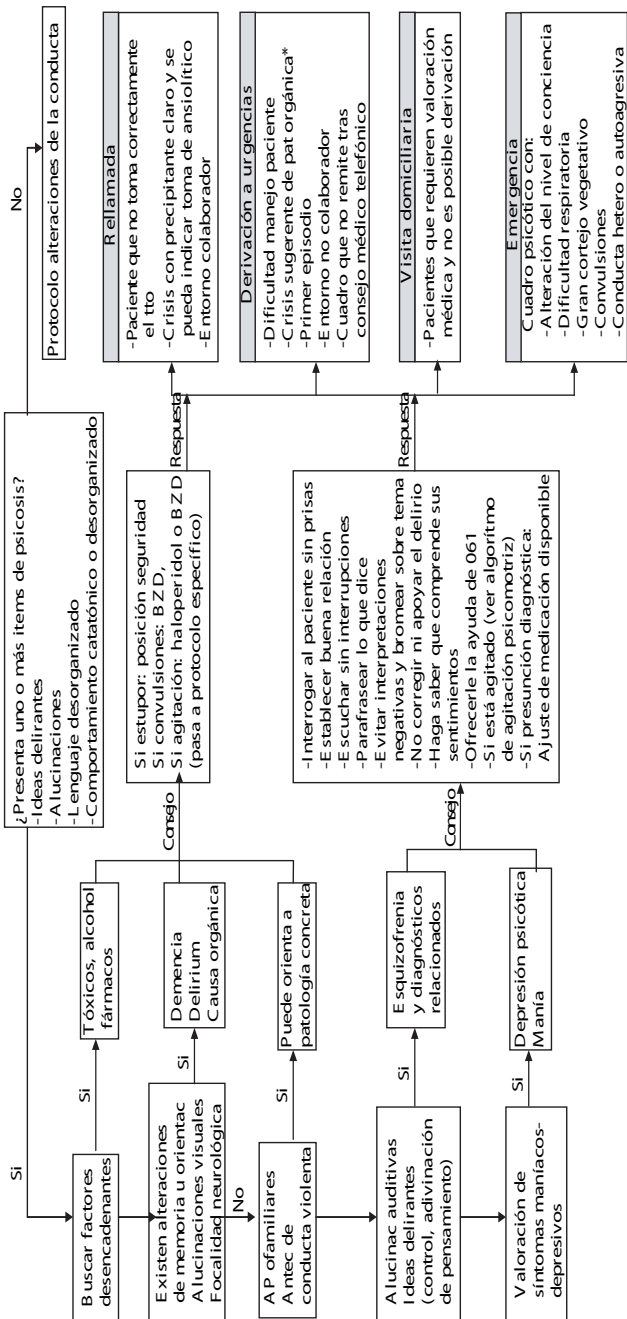
- VISITA DOMICILIARIA** - Pacientes que requieren valoración médica y no es posible derivación
- EMERGENCIA** - Alteración del nivel de conciencia
- Cuadro psicótico con:
- Dificultad respiratoria
 - Gran cortejo vegetativo
 - Convulsiones
 - Conducta hetero o autoagresiva

(*) Se consideran crisis sugerentes de patología orgánica:

- Mayor 40 años
- Ausencia de acontecimientos significativos que preceden o exacerban los síntomas.
- Respuesta escasa a tratamientos previos

(**) Se derivarán en ambulancia los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

ALGORITMO DE PSICOSIS



* Mayor 40 años, ausencia de acontecimientos significativos que preceden o exacerban a los síntomas, respuesta escasa a tto previos

GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE CON DEPRESION

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos psíquicos más comunes en la consulta de urgencias. Aproximadamente el 20% de la población general sufre un episodio depresivo en algún momento de su vida; sin embargo, muchas veces no se detecta y se trata incorrectamente.

El suicidio constituye un serio peligro en los pacientes con depresión; por ello siempre deberá evaluarse el riesgo de suicidio en este tipo de pacientes.

2. ACTITUD A SEGUIR

a. Introducción

Debe dejarse un primer momento de entrevista abierta, en que el paciente pueda explicar sin que confrontemos ideas y opiniones.

A continuación se le debe dar a la entrevista un cariz médico, preguntando por antecedentes médicos para introducirse poco a poco en los antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente se orientará la entrevista a una recogida de síntomas de menos a más específicos.

b. Interrogatorio

INTERROGATORIO

OBSERVACIONES

Síntomas depresivos

- Tristeza, tendencia al llanto
- Insomnio, disminución del apetito
- Dificultad de concentración, etc

Orienta a trastornos depresivos

¿Está agitado?	Si está agitado pasará a protocolo de agitación.
¿Presenta ideación suicida?	Si lo presenta pasa al protocolo de riesgo de autolisis.
¿Presenta síntomas psicóticos?	Si los presenta pasa a protocolo de psicosis.
Búsqueda de factores desencadenantes	Puede orientar hacia la etiología y tratamiento del problema concomitante (además del tratamiento de depresión).
- Tóxicos, fármacos	
- Patología orgánica	
- Problemas psicosociales	
Si no se encuentran síntomas desencadenantes	Protocolo de trastorno depresivo

3. RECOMENDACIONES

- Se interrogará al paciente sin prisas y estableciendo buena relación.
- Se escuchará al paciente sin interrupciones.
- Se le informará sobre su enfermedad que es depresión, cuyos síntomas son...
- Se le hará saber que comprendemos sus sentimientos.
- Se le indicará que procure estímulos positivos y ofrecerle nuestra colaboración.

4. RESPUESTA

RESPUESTA

SINTOMATOLOGÍA

RELLAMADA

- Paciente que no toma correctamente el tratamiento.

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (**)

- Dificultad manejo paciente.
- No toma el tratamiento.
- Falta de apoyo social
- Entorno no colaborador
- Si sintomatología intensa: inhibición, rechazo a los cuidados

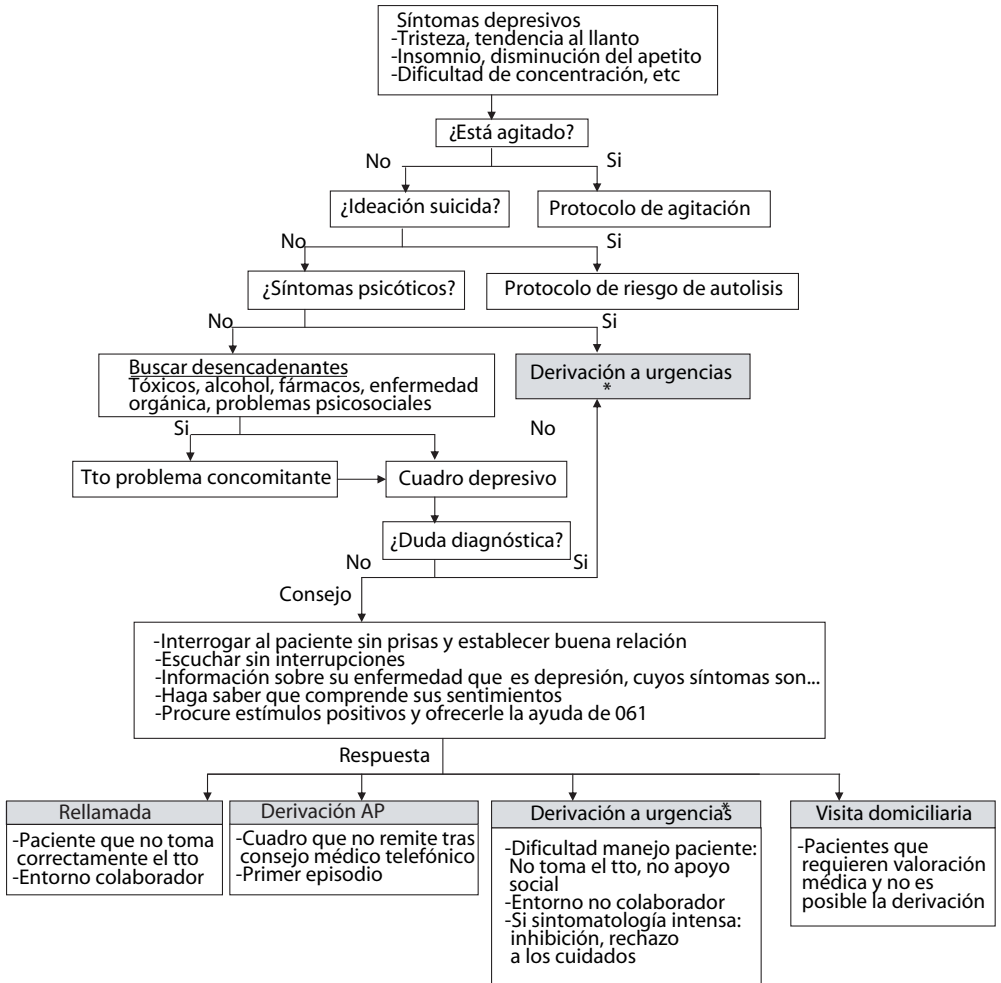
VISITA DOMICILIARIA

- Pacientes que requieren valoración médica y no es posible la derivación.

DERIVACIÓN A AP

- Cuadro que no remite tras consejo médico telefónico
- Primer episodio

(**) Se derivarán en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

ALGORITMO DE LA DEPRESIÓN

*Si el paciente no puede ir por sus medio se derivará en ambulancia

GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE CON IDEACION SUICIDA

1. INTRODUCCIÓN

En toda consulta en la que encontremos factores de riesgo para la conducta suicida debemos preguntar al paciente si en algún momento ha pensado en acabar con su vida, sin miedo a ser inductores de ningún tipo de conducta e intentando que verbalice su idea suicida.

A partir de ese momento debemos lograr empatizar lo suficiente con el paciente para lograr explorar su grado de intencionalidad y que acepte nuestro ofrecimiento de ayuda a través de una entrevista clínica abierta que le permita la expresión de sus sentimientos.

Como la comunicación se establece a través de un teléfono, debemos asegurar la posibilidad de acceso del equipo asistencial si fuera necesario.

Son factores de riesgo para la conducta suicida:

- sexo masculino
- edad mayor de 45 años
- historia de abuso de alcohol y drogas
- en paro o jubilado, aislamiento social, inmigración, falta de expectativas, pérdida de categoría profesional
- soltero/a, viudo/a o divorciado/a, mujeres sin hijos (situaciones de soledad), pérdida o separación reciente
- enfermedad física o psíquica grave, diagnóstico reciente, descompensación psicótica actual con alucinaciones auditivas, ideas delirantes de perjuicio, persecución o ruina
- historia de abuso físico o psíquico tanto actual como pasado
- intentos de autolisis graves previos

2. ACTITUD A SEGUIR

INTERROGATORIO

¿Cuál cree que es la causa de esta situación? ¿se encuentra en situación de crisis y/o al límite? ¿se siente sólo?

¿Cuál es su situación laboral actual?

¿Ahora está acompañado?

¿Ha consumido alcohol y/o drogas?

¿Tiene alguna enfermedad que le preocupe actualmente? ¿se la han diagnosticado recientemente? ¿toma algún tratamiento? ¿sufre dolor intenso que le incapacita para sus actividades diarias?

OBSERVACIONES

Las pérdidas recientes, la desesperanza, la soledad, el desempleo sin expectativas de resolución... como hemos visto son factores de riesgo importantes para la conducta suicida.

Es tan importante la situación de desempleo reciente sin expectativas o de larga duración como la disminución de categoría profesional o el acoso laboral (mobbing) con gran implicación emocional

Aumenta el riesgo si el paciente se encuentra aislado sin posibilidades de ayuda de manera rápida, porque indica un mayor grado de intencionalidad.

Al disminuir el autocontrol aumenta el riesgo de suicidio

La patología orgánica o psíquica grave es un importante factor de riesgo, así como el diagnóstico reciente de enfermedad grave o invalidante

¿Qué piensa hacer en un futuro próximo?	Valorar la existencia de planes y expectativas que puedan indicar por un lado bajo riesgo de suicidio y, por otro lado, nos permite tener argumentos de disuasión
¿Ha pensado en morir en algún momento de su vida?	Si el paciente lo niega pero detectamos factores de riesgo de suicidio o poca convicción en la respuesta debemos continuar con la entrevista, intentando que a lo largo de ella verbalice las posibles ideas de suicidio
¿Ha pensado cómo llevarlo a cabo?	Mayor riesgo en pacientes con ideas persistentes, que ha pensado un mecanismo de alta letalidad (ahorcamiento, precipitación...)
¿Usa, colecciona o guarda en casa algún tipo de arma? ¿tiene acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos, drogas...?	A mayor facilidad de acceso, mayor es el peligro
¿Ha escuchado voces que otras personas no pueden oír? ¿le piden su vida?	Preguntar en caso de sospecha de descompensación psicótica o cuadro delirante
¿Alguna vez intentó suicidarse? ¿hay antecedentes en su familia o entorno de conducta suicida?	Interrogar sobre número de intentos, métodos empleados y consecuencias. Aumenta el riesgo en intentos graves propios o del entorno próximo

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGIA
DERIVACIÓN AL CENTRO DE URGENCIAS DE AP**	- Paciente con riesgo leve
VISITA DOMICILIARIA	- Pacientes con riesgo leve que no aceptan derivación.
EMERGENCIA (médico AP+ ambulancia 061+ fuerzas de seguridad)	- Paciente con riesgo moderado-grave* Intento autolítico consumado

**Riesgo moderado-grave:*

- Patología orgánica y/o psiquiátrica grave
- Consumo de alcohol y/o drogas
- Manifestación explícita de desesperanza, percepción de no poder ser ayudado ni poder luchar contra los problemas
- Ideas recurrentes de suicidio, planificación exhaustiva con acceso al mecanismo de lesión de alta mortalidad y sin posibilidad de rescate
- Conductas autolíticas graves recientes

**Valorar sobre todo la triada:*

- manifestación explícita de desesperanza
- percepción de no poder ser ayudado
- incapacidad percibida para luchar contra los problemas

*** Se derivarán en ambulancia a los pacientes que necesitan acudir a un centro de urgencias y no puedan acudir por sus medios, SIEMPRE CON LA SEGURIDAD DE QUE IRÁN ACOMPAÑADOS.

RECOMENDACIONES

Alertante diferente al paciente

- no abandonar en ningún momento al paciente.
- la persona que acompañe al paciente debe tener su confianza, estar tranquila y no recriminar ni intentar convencerlo. En caso de agitación o conductas histriónicas debe permanecer tranquilo y mantener al paciente en un ambiente controlado.
- retirar fármacos, alcohol, drogas, armas... de los sitios donde el paciente tenga fácil acceso.
- si se va a trasladar al paciente en coche dar un número de teléfono móvil a la Central de Coordinación del 061 y mantenerlo disponible.
- indicar que vuelvan a llamar al 061 ante cualquier eventualidad durante el traslado o hasta la llegada del equipo asistencial.

Alertante el propio paciente

- El médico coordinador del 061 debe tener claro que si el alertante es el propio paciente se trata de una demanda de ayuda.
- Debe intentar empatizar con el paciente y que perciba su intención de ayuda, permanecer tranquilo y con actitud no crítica, permitiendo que el paciente hable libremente, verbalice la idea suicida y exprese sus sentimientos, procurando interrumpir sólo en aquellas ocasiones donde se deba dirigir la entrevista al aparecer algún indicio que deba ser explorado (por ejemplo ideas de ruina).

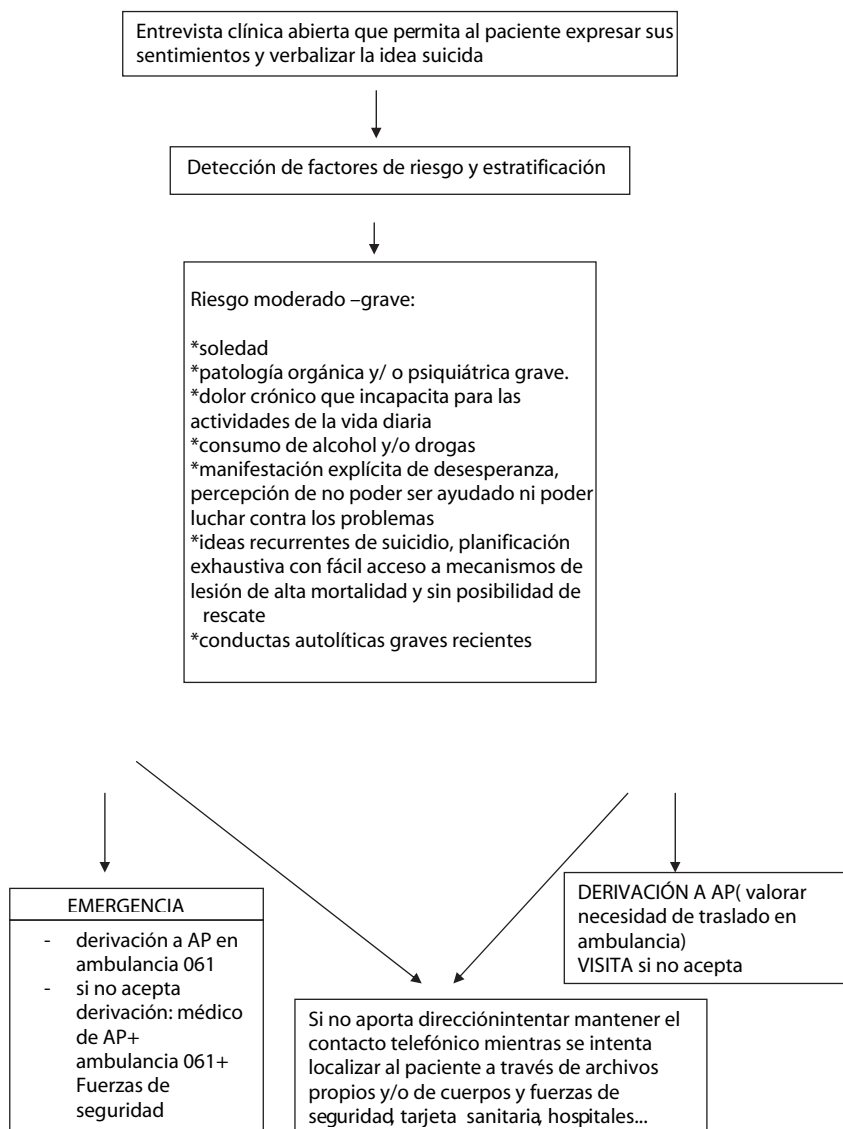
- No utilizar argumentos tales como “no hay motivos que justifiquen su conducta”, sino que debemos intentar transmitir esperanza y mensajes positivos (“lo que le pasa es una enfermedad y tiene cura”, “para solucionar un problema transitorio busca una solución eterna“...).
- Intentar que el paciente aporte el número de teléfono de alguien cercano que pueda acompañar al paciente.
- Averiguar el número de teléfono fijo si llama desde teléfono móvil.
- En casos de alto riesgo y paciente sólo, mantener el contacto telefónico continuo hasta la llegada de asistencia.
- Tratar de conseguir identificar el nombre del psiquiatra o hospital de referencia donde haya estado ingresado como posible medio de localización o para conocer los antecedentes personales.

Recomendaciones de actuación para el médico asistencial

En situaciones de ideas de suicidio no sistematizadas ni recurrentes con componente manipulativo claro, sin factores de riesgo y buen soporte social y familiar se puede valorar por el médico asistencial la asistencia in situ y la derivación a la USM a través de los circuitos establecidos.

Criterios de derivación urgente al psiquiatra:

- *tentativa de suicidio seria
- *alta letalidad del plan suicida
- *conductas autolíticas graves recientes
- *trastorno psicótico
- *depresión severa
- *incremento en la seriedad del pensamiento suicida
- *circunstancias socio-familiares de alto riesgo: soledad...



GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE CON ANSIEDAD

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo más frecuente de trastornos psiquiátricos. La ansiedad es un estado caracterizado por un sentimiento de miedo acompañado de signos somáticos que indican hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

2. ACTITUD A SEGUIR

a. Interrogatorio

INTERROGATORIO

OBSERVACIONES

¿Padece de los nervios?

Si no padece pasará al protocolo: alteraciones de la conducta

¿Presenta alguna enfermedad mental severa?

Si es un trastorno psicótico pasará al protocolo correspondiente.

Si es otra patología, pasará al protocolo de alteraciones de la conducta

¿Ha ingerido alcohol, drogas o fármacos?

Orienta a factores desencadenantes.

Preguntar por los antecedentes personales o por su situación social personal

Puede orientar a alguna patología específica. Si hasta el momento no hemos encontrado diagnóstico valoraremos los trastornos de ansiedad.

Sensación de agobio, ansiedad, vivencia de muerte, descarga vegetativa.	Ansiedad paroxística episódica.
Miedo desproporcionado a algo concreto	Fobias
Sentimiento de duelo, ansiedad generalizada	Otros trastornos de ansiedad

3. RECOMENDACIONES

3.1. En general

- Si el paciente está estuporoso, se colocará en posición lateral de seguridad.
- Si tiene convulsiones, se indicará la administración de benzodiazepinas iv (indicación a un médico).
- Si está agitado se indicará haloperidol o benzodiazepinas vo (si las tiene en casa y las ha tomado en otras ocasiones) o por otras vías en caso de médico asistiendo al paciente.

3.2. Tratamiento específico

- Se facilitará la relajación y se conseguirá un ambiente tranquilo.
- Se informará al paciente que sufre una crisis de ansiedad.
- Si hiperventila se le indicará la inspiración de aire espirado.
- Si se trata de un sentimiento de duelo: verbalización y escucha.
- Se le puede indicar un ansiolítico de vida media corta (el que tenga en domicilio y halla tomado en otras ocasiones). En general alprazolam o lorazepam por vía sublingual.

4. RESPUESTA

RESPUESTA

SINTOMATOLOGÍA

RELLAMADA

- Crisis en pacientes que ya están con tratamiento, pudiendo hacer pequeñas modificaciones en éste
- Crisis con precipitante claro y se pueda indicar toma de ansiolítico
- Entorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (**)

- Dificultad manejo paciente
- Crisis sugerente de patología orgánica*
- Primer episodio
- Entorno no colaborador
- Ansiedad que no remite tras consejo médico telefónico

VISITA DOMICILIARIA

- Pacientes que requieren valoración médica y no es posible derivación

EMERGENCIA

Cuadro psicótico con:

- Crisis de ansiedad con:
- Pérdida de conocimiento
 - Dificultad respiratoria
 - Gran cortejo vegetativo
 - Convulsiones

(*) Se consideran crisis sugerentes de patología orgánica:

- Mayor 40 años
- Ausencia de acontecimientos significativos que preceden o exacerban los síntomas.
- Respuesta escasa a tratamientos previos

(**) Se derivarán en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.



Guía farmacológica

4

GUÍA FARMACOLOGICA

A. INTRODUCCIÓN

En este compendio de medicamentos de urgencias psiquiátricas se intenta explicar de forma sencilla los datos imprescindibles para un servicio de urgencias extrahospitalario, facilitando el manejo en la práctica diaria de estos fármacos.

En la guía se incluyen el nombre comercial, nombre farmacológico, forma de presentación, mecanismo de acción, indicaciones, dosis y preparación, contraindicaciones, efectos secundarios e interacción farmacológica, así como la categoría de riesgo fetal de la FDA (Food and Drug Administration de EEUU) en cada fármaco.

Esta guía pretende ser dinámica a los posibles cambios que se realicen en un futuro tanto en los cambios farmacológicos así como en la retirada o introducción de nuevos fármacos dentro del programa ACOUGO.

B. CLASIFICACIÓN DE RIESGO FETAL DE LA FDA

La clasificación de factores de riesgo del uso de medicamentos durante el embarazo asigna a cada fármaco una de las siguientes categorías.

- **Categoría A** Estudios controlados en mujeres no han demostrado riesgo para el feto durante el 1º trimestre (tampoco hay evidencias durante los trimestres posteriores), siendo remotas las posibilidades de riesgo fetal.
- **Categoría B** En estudios sobre animales gestantes no han demostrado riesgo fetal pero no hay estudios controlados en mujeres gestantes. También incluye fármacos que en estudios sobre animales han demostrado cierto potencial teratógeno pero no ha podido confirmarse en humanos.
- **Categoría C** En estudios sobre animales han demostrado efectos adversos fetales, no existiendo estudios controlados en mujeres gestantes.

Estos fármacos sólo deben emplearse cuando el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto.

- **Categoría D** Efectos teratógenos sobre el feto humano, pero en ocasiones el beneficio obtenido con su uso puede superar el riesgo esperado (uso en situaciones límite de posible muerte materna).
- **Categoría X** Estudios en animales o seres humanos han demostrado anomalías fetales.

Estos fármacos están contraindicados en mujeres que están o pueden estar embarazadas.

C. GUÍA FARMACOLÓGICA

ALPRAZOLAN (Trankimazin" comp de 0.25, 0.5, 1 y 2 mg)

1. Mecanismo de acción

- Ansiolítico.

2. Indicaciones

- Estados de ansiedad.

3. Dosis/preparación

- La dosis óptima deberá ser determinada individualmente.
- Para una crisis de ansiedad puede oscilar entre 0.5 y 2 mg (1 y 4 comp)/sl o vo.

4. Contraindicaciones

- Sensibilidad conocida a BZD.
- FDA, grupo B.

5. Efectos secundarios

- Los más frecuentes son somnolencia, aturdimiento y mareo.

6. Interacción farmacológica

- Efectos depresores aditivos sobre el SNC, cuando se administran junto a otros agentes psicotrópicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, etanol y otros fármacos que de por sí producen depresión del SNC.

BIPERIDENO (Akineton[®] amp de 5 mg en 1 ml)

1. Mecanismo de acción

- Anticolinérgico.

2. Indicaciones

- Enfermedad de Parkinson.
- Sintomatología extrapiramidal debida a medicamentos.

3. Dosis/preparación

- *Dosis:* 2 mg - 5mg (1/2 amp - 1 amp) im o iv, que pueden repetirse cada media hora hasta un máximo de 4 dosis en 24 h.
- *Niños:* 0.04-0.1 mg/kg/dosis, se puede repetir a los 30 min.

4. Contraindicaciones

- Glaucoma agudo.
- Estenosis mecánica del tracto gastrointestinal.
- Megacolon.

5. Efectos secundarios

- A nivel del SNC: mareos, obnubilación, agitación, confusión, trastornos de la memoria, alucinaciones y otros.
- A nivel periférico: sequedad de boca, trastornos de la acomodación, hipohidrosis, estreñimiento, trastornos gástricos, hipoten-

sión, alteraciones de la frecuencia cardiaca, trastornos de la micción y otros.

6. Interacción farmacológica

- Con psicofármacos, antihistamínicos, antiparkinsonianos y espasmolíticos puede potenciar los efectos a nivel del sistema nervioso
- La quinidina puede aumentar el efecto anticolinérgico.
- La levodopa puede potenciar las discinesias.
- Aumenta el efecto del alcohol.
- Antagoniza la metoclopramida.

DIAZEPÁN (Valium™ comprimidos 5 y 10 mg, amp 10 mg en 2 ml y Stesolid™ microenemas de 5 mg)

1. Mecanismo de acción

- Ansiolítico benzodiazepínico de acción prolongada. Facilita la unión del GABA a su receptor gabaérgico, incrementando su actividad.

2. Indicaciones

- Ansiedad.
- Convulsiones y status epiléptico.

3. Dosis/preparación

- *Dosis vo*: 10-20 mg
- *Dosis im*: 2.5 -10 mg
- *Dosis iv inicial*: 2 mg/min/iv hasta ceder la crisis o hasta un máximo de 20 mg -2 amp. (Se diluye una amp en 8 ml de SF y se pasan 2 ml/min).
- *Perfusión*: 2 amp en 100 ml de SG al 5% a 40 ml/hora.

- *En niños:* 0,05-0,2 mg/kg/2-4 horas. En el status: 0,15-0,30 mg en 2 min sin pasar de 10 mg.
- *La vía rectal:* se usará si no tenemos vía iv o como tratamiento inicial de las convulsiones febriles. En niños > 3 años: 10 mg (2 microenemas) y en niños < 3 años: 5 mg (1 microenema).
- *Precauciones:* puede ocasionar dolor y flebitis y trombosis en el sitio de la inyección.

4. *Contraindicaciones*

- Hipersensibilidad a las BZD.
- Miastenia gravis.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- Glaucoma de ángulo estrecho.
- Síndrome de apnea del sueño.
- Insuficiencia hepática severa.
- Intoxicación etílica aguda.
- Embarazo, categoría D.

5. *Efectos secundarios*

- Somnolencia, confusión, ataxia.
- Mareos, sedación, disartria, desorientación.
- Depresión respiratoria (*se puede revertir con flumazenilo*), hipotensión, bradicardia y otros.
- Ocasionalmente amnesia anterógrada, psicosis, diplopia y otros.

6. Interacción farmacológica

- Potencian su acción: estrógenos, metoprolol, propranolol, cimetidina, disulfiram, fluoxetina, omeprazol, ácido valproico, alcohol, ADT y otros.

HALOPERIDOL (Haloperidol Esteve® gotas 2 mg/ml, vial 5 mg / 1 ml)

1. Mecanismo de acción

- Bloqueo de los receptores dopaminérgicos (D₁ y D₂), adrenérgicos (alfa₁ y alfa₂), muscarínicos e histamínicos (H₁ y H₂).

2. Indicaciones

- Agitación psicomotriz.
- Estados psicóticos agudos y crónicos.

3. Dosis/preparación

- *Dosis vo*: 4 – 10 mg, 40-100 gotas (2-5 cc)
- *Dosis im e iv*: de 5 a 10 mg (1-2 amp).
- *Niños*: De 6-12 años: 1-3 mg/dosis/im/4-8 h. max de 0.15 mg/kg/d.
- *Precauciones*: Debe administrarse con precaución en pacientes de edad y ancianos debido a su mayor sensibilidad a la sedación e hipotensión, así como en enfermedades cardiovasculares graves y en la insuficiencia renal.

4. Contraindicaciones

- Antecedentes de hipersensibilidad al fármaco.
- Pacientes con depresión profunda del sistema nervioso central o en estado de coma.
- Embarazo, categoría C.

5. Efectos secundarios

- Síntomas extrapiramidales.
- Síndrome neuroléptico maligno.
- Ocasionalmente: sedación, agitación, cefalea, vértigo, exacerbación aparente de los síntomas psicóticos incluyendo alucinaciones, taquicardia e hipotensión, reacciones de hipersensibilidad.

6. Interacción farmacológica

- La tiroxina puede facilitar la toxicidad del haloperidol.
- Puede potenciar la depresión del sistema nervioso producida por alcohol u otros fármacos como hipnóticos, sedantes o analgésicos potentes.
- Puede antagonizar el efecto de la adrenalina y otros agentes simpaticomiméticos (excepto la noradrenalina).
- No debe asociarse con levodopa.

OLANZAPINA (Zyprexa velotab 5 y 10 mg, vial de 10mg)

1. Mecanismo de acción:

- Derivado tienobenzodiazepínico que muestra afinidad por los siguientes receptores: 5-HT_{2A/2C}, 5-HT₃, 5-HT₆ de serotonina, D₄/D₃/D₁/D₂ de dopamina y por receptores muscarínicos, α ₁-adrenérgicos y H₁ histaminérgicos. Así pues tiene mayor afinidad por los receptores serotoninérgicos que por los dopaminérgicos.

2. Indicaciones:

- Control de la agitación psicomotriz en pacientes con estados psicóticos agudos en general y especialmente los de tipo maniaco.
- No debe administrarse o hacerlo con precaución en pacientes ancianos.

3. Dosis/ Preparación:

- *Dosis vo*: 5-10 mg _
- *Dosis im*: de 10 a 20 mg /24 horas por vía IM. Diluir el vial que contiene el polvo de Olanzapina con 2ml de agua destilada.
- Se puede inyectar un nuevo vial dos horas después según el estado clínico del paciente y con el fin de conseguir la sedación

4. Contraindicaciones:

- Antecedentes de hipersensibilidad al fármaco.
- Pacientes ancianos con cualquier tipo de demencia en especial las demencias vasculares o mixtas.
- Pacientes con riesgo conocido de glaucoma del ángulo estrecho.

5. Efectos secundarios:

- Síntomas extrapiramidales (muy poco frecuentes)
- Hipotensión.

6. Interacciones farmacológicas:

- Debe ser utilizado con prudencia en pacientes que han ingerido alcohol.
- La fluvoxamina inhibe el metabolismo de la Olanzapina.

MIDAZOLAN (Dormicum" amp de 15 mg en 3 ml)

1. Mecanismo de acción

- Hipnoinductor y sedante de acción rápida, (actúa sobre los receptores gabaérgicos).

2. Indicaciones

- Inducción y mantenimiento de la anestesia.
- Sedación consciente.

3. Dosis/preparación

- *Sedación consciente*: Adultos 2.5 mg/iv en 30 sg. Se repetirá según la respuesta en cada caso. (Dosis total media: 3.5-7.5 mg).

En ancianos o pacientes debilitados se iniciará con 1 mg (dosis media 3.5 mg), a pasar en unos 2 min, (en inducción de anestesia en 30 sg). En niños: 0.15-0.20 mg/kg.

- *Perfusión*: Se diluirán 2 amp en 100 ml de SF o SG 5% dosis inicial de 2-16 ml/h. Se disminuirá la dosis si existe hipovolemia, vasoconstricción e hipotermia.
- *En niños*: Sedación: 0.15-0.20 mg/kg/iv y 0.2-0.5 mg/kg/vía nasal o sl. *Perfusión*: 1 amp en 100 ml de SF o SG 5% a pasar de 0.05-0.02 mg/kg/h.
- En caso de no tener vía iv se puede administrar vía sc o im. Comienzo de acción en 15 minutos.

4. *Contraindicaciones*

- Hipersensibilidad a las BZD.
- Glaucoma de ángulo estrecho.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Insuficiencia hepática severa.
- Miastenia gravis.
- Depresión del SNC.
- Embarazo, categoría D.

5. *Efectos secundarios*

- Somnolencia.
- Depresión respiratoria y apnea.
- Amnesia anterógrada.
- Náuseas, vómitos.
- Cefaleas.
- Síndrome de abstinencia.

6. Interacción farmacológica

Potencia el efecto depresor del SNC del alcohol, hipnóticos, neurolépticos, ansiolíticos sedantes, barbitúricos, derivados morfínicos y anestésicos.

Dado su metabolismo hepático, interacciona con varios fármacos con posible potenciación de su acción: antagonistas del calcio, macrólidos.

Fármacos que inhiben su efecto por inducción de su metabolismo, aminofilina, carbamacepina.

LEVOMEPRMAZINA (Sinogan" gotas 40 mg/ml, vial 25 mg /1 ml al 4%)

1. Mecanismo de acción

2. Indicaciones

- Sintomatología psicótica asociada con gran ansiedad, agitación psicomotriz severa y agresividad.

3. Dosis/ Preparación

- *Dosis vo:* 40-60 mg, 40-60 gotas (1-1.5 cc)
- *Dosis im:* 25 mg

4. Contraindicaciones

- Antecedentes de hipersensibilidad al fármaco.
- Debe utilizarse con precaución debido a su gran capacidad hipotensora por lo que si es posible antes de inyectarlo se debe hacer control de la tensión arterial.
- Debido a que el alcohol aumenta el efecto sedativo de los neurolépticos la levomepromazina debe ser utilizada con precaución en persona que hayan ingerido esta sustancia.
- Igualmente en las personas que hayan consumido opiáceos.

5. Efectos secundarios

- Hipotensión ortostática
- Extrapiramidales (muy poco frecuentes).



Bibliografía

5

BIBLIOGRAFIA

- 1 Cruz Jentoft, A.J. et al; Presentación atípica de enfermedades. En: Rivera Casado, J.M. et al; Geriatria en Atención Primaria. Ed. Uriach. Barcelona 1997; 27-33.
- 2 Daroff, R.B. et al; Desvanecimiento, síncope, mareo y vértigo. En: Fauci, A.S. et al; Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 1998, 114-116.
- 3 Ferrandiz Santos, J.; et al; Fármacos que pueden causar síntomas psiquiátricos. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, Número 10, Diciembre, 2000; 702-713.
- 4 Fuentes Vigil, J. et al. Aprendiendo a ser empático. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, Número 8, Octubre, 2000; 538-539.
- 5 Galindo Ortiz de Landázuri, J. et al; Agitación e insomnio en pacientes demenciados. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, Número 7, Agosto-Septiembre, 2000; 473-482.
- 6 Jeffery C Hutzler, Douglas A. Rund; Trastornos de conducta: valoración y estabilización en la sala de urgencias. En: Tintinalli, J.E. et al.; Medicina de Urgencias. 2º edición en español. Ed. McGraw Hill. 1997. Pag. 1628-1634.
- 7 López-Ibor Aliño, J.J.; Psicosis aguda, delirium y agitación psicomotriz. En: Carrasco Jiménez, Mª. S. et al; Tratado de Emergencias Médicas. 1º Edición. Ed. Aran. Madrid, 2000, 1737-1742.
- 8 López Espadas et al; Traumatismo craneoencefálico. En: Carrasco Jiménez, Mª. S. et al; Tratado de Emergencias Médicas. 1º Edición. Ed. Aran. Madrid, 2000, 1081-1085.
- 9 Martín Álvarez, M. et al. Deterioro cognitivo en el anciano. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol 7, Número 6, Junio-Julio, 2000; 388-394.
- 10 Pérez Blanco, J.; Pérez Solá, V.; Ansiedad. Crisis de ansiedad. En: Lloret, J. Et al; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3º edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997. Pag. 926-930.

- 11 Roper A. H.; Traumatismos craneales y de la columna vertebral. En: Fauci, A.S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pag. 2720-2730.
- 12 Victor I. Reus, Transtornos mentales. En: Fauci, A.S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pag. 2831-2849
- 13 Alison J. Whelan y Sunita Muthua; Cuidados del Paciente en Medicina Interna; Capítulo 1; En: Charles F. Carey y Col.; Manual Washington de Terapéutica Médica ; Masson, S.A; 10ª Edición; Barcelona;1999: 1-28.
- 14 Barranza Díaz,E y Col.; Psicosis; Capítulo 48; En: Guzmán Delgado, C. C. y Col.; Manual de Urgencias Médico Quirúrgicas; McGraw-Hill Interamericana; México;1998: 385-390.
- 15 Busto del Prado, F y Col.;Urgencias Psiquiátricas, Intervenciones en crisis y Violencia; Capítulo 10;En enfermería y Urgencia; Arán Ediciones; S.A; Madrid; 2001: 209-231.
- 16 Eric Legome; Agitación y Psicosis; Capítulo 1; En: Davis, Mark A. y col; Signos y síntomas en Medicina de Urgencias; Harcourt S.A; Barcelona;1999: 1-10.
- 17 Jonathan N. Adler y Col.;Urgencias Psiquiátricas; Capítulo 15; En: Medicina de Urgencia, NMS, Manuales Clínicos; McGraw-Hill Interamericana, editores, S.A; México; 2000: 189-193.
- 18 JonathanWasserberger, M. D y Col; Manejo del Paciente violento, Capítulo 115; En: Markovchick Vicent, J.; Secretos de la Medicina de Urgencias; McGraw-Hill Interamericana, editores S.A; México; 2000: 562-564.
- 19 Kenneth Tardiff, M. D.;Violencia; Capítulo 37; En: Robert E Hales y Col.; Tratado de Psiquiatría;Editorial Masson; 3ªEdición;Barcelona;2000: 1401-1420.
- 20 Pérez Moreno; R. Y Col.; El paciente agresivo; En :Moya Mir, M. S.;Guía de Actuación en Urgencias; Editorial McGraw-Hill-Interamericana, 1ª Edición; Madrid; 1999: 308-310.

- 21 Moratal Margarit, R.;Modulo Neurológico; En : Manual de Protocolos en Emergencias Extrahospitalarias; Grupo Aran ediciones, S.A.;2000: 68-78.
- 22 Robert Y. Simon, M. D.;Ley y Psiquiatría; Capitulo 41; En : Robert E. Hales y Col.;Tratado de Psiquiatría; Editorial Masson; 3ª Edición; Barcelona; 2000:1489-1526.
- 23 Rovira Gil, E.; Urgencias Psiquiatricas; Capitulo 30; En Rovira Gil, E.;Urgencias en Enfermería; Enfermería S21,Difusión Avances de Enfermería; Madrid;2000: 511-521.
- 24 Sarro Martín, B y Col; Agitacion Psicomotriz; Capitulo 14 B; En: Pere Antoni Soler y Josep Gascon; Recomendaciones Terapéuticas en Trastornos Mentales; Editorial Masson; 2ª Edicion; Barcelona; 1999: 273-279.
- 25 Dordil F.; El Síndrome de Agitación Psicomotriz; En: Urgencias en Psiquiatría; Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; Editorial Edos; Barcelona;1993: 45-52.
- 26 Jiménez Arriero M. A. y Sartorius Calamai N.; Valoración y tratamiento del enfermo psiquiátrico; En: Jesús Medina Asensio; Manual de urgencias médicas; 12 de Octubre; Editorial Díaz de Santos S.A.; Madrid;1998: 253-277.
- 27 Hyman S.E; El paciente violento; Capitulo 5; En: Manual de Emergencias Psiquiátricas; Edit. SALVAT; 2ª Edición; Barcelona;1990: 27-35.
- 28 Barreira P.J.; Depresión. En S.E. Imán y G.E. Tesar. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3ª edición. Ed Masson 1996. Pag 133-145.
- 29 Kaplan H.I. y Sadock B.J. Depresión. En Manual de Psiquiatría de Urgencias. 1ª edición. Ed Panamericana.1996. Pag. 198-202
- 30 Civeira M, Pérez A, Corbera M. Urgencias en Trastornos del Estado de Ánimo. En Urgencias en Psiquiatría. Ed Grafimac . 1ª edición. 2003. Pag 59-66.
- 31 Trastornos de ansiedad. En Kaplan-Sadock, Psiquiatría clínica. Waverly Hispánica S. A.; 3 Ed.2003: 160-175

Servizo Galego
de Saúde

Subdirección Xeral
de Saúde Mental e Drogodependencias
Guías, manuais, protocolos, procesos,
procedementos e normativa



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**